



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ALONE

2019-1-PL01-KA202-064933



**PROSPETTIVE E OSTACOLI
INCONTRATI DAI PROFESSIONISTI
SANITARI E SOCIALI
NELL'INTERFACCIARSI CON LA SOLITUDINE
ESISTENZIALE DEGLI ANZIANI**

REPORT INTERNAZIONALE

IO2 REPORT INTERNAZIONALE

PROSPETTIVE E OSTACOLI INCONTRATI DAI PROFESSIONISTI
SANITARI E SOCIALI NELL'INTERFACCIARSI CON LA SOLITUDINE
ESISTENZIALE DEGLI ANZIANI

AUTORI: Manattini, A., Trogu, G., Modrzejewska, D., Renn-Żurek, A., Woźnicka, E., Pintilie, L.L., Popovici, S., Beck, I., Edberg, A-K., Virbalienė, A., Žebrauskaitė, A.

Questo lavoro è stato finanziato dal Programma Erasmus+ dell'Unione Europea, progetto "Programma di Formazione Innovativa dei Professionisti Sanitari sulla Solitudine Esistenziale tra gli Anziani", progetto n. 2019-1-PL01-KA202-064933.

Il supporto della Commissione Europea per la produzione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, i quali riflettono solo le opinioni degli autori e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni in essa contenute.

INDICE

1. INTRODUZIONE	5
2. METODOLOGIA DI RICERCA	5
3. DATI DEMOGRAFICI DEI PARTECIPANTI	6
3.1 Età e genere	7
3.2 Profili professionali ed esperienze lavorative	7
3.3 Livello di istruzione	10
3.4 Contesti di cura	11
3.5 Formazione sul tema della solitudine	11
4. PARTE 1: ANALISI DELLA PERCEZIONE E DELLE ESPERIENZE DEI PROFESSIONISTI IN MERITO ALLA SOLITUDINE ESISTENZIALE TRA LE PERSONE ANZIANE	11
4.1 La solitudine in generale	11
Esperienze di solitudine tra le persone anziane	12
Sintesi	Errore. Il segnalibro non è definito.
4.2 Solitudine esistenziale	17
Comprensione della solitudine esistenziale	17
Esperienze di solitudine esistenziale	18
Riepilogo	26
5. PARTE 2: APPROFONDIMENTO DEI FABBISOGNI FORMATIVI PER SUPPORTARE I PROFESSIONISTI SANITARI E SOCIALI NELL’AFFRONTARE LA SOLITUDINE ESISTENZIALE TRA LE PERSONE ANZIANE	27
5.1 Fabbisogni formativi	27
Sostegno necessario ai professionisti per affrontare la Solitudine esistenziale	27
Abilità necessarie per affrontare la solitudine esistenziale	30
Riepilogo	32
6. CONCLUSIONI	33
CONCLUSIONI FINALI	36

1. INTRODUZIONE

Il progetto ALONE persegue l'obiettivo di facilitare l'approccio dei professionisti che lavorano a contatto con persone anziane in situazioni di solitudine esistenziale, soddisfacendo l'esigenza di avere a disposizione un programma specifico di Istruzione e Formazione Professionale (IFP) che incrementi la qualità del lavoro offerto nel settore sanitario e sociale.

Questo progetto si pone come obiettivo primario la creazione di strumenti per supportare i professionisti sociali e sanitari nell'individuare e riconoscere la solitudine esistenziale tra le persone anziane, migliorandone la capacità di affrontare la solitudine in generale e quella esistenziale in particolare.

Il presente report illustra i risultati delle ricerche condotte in ciascun Paese partner in merito alla percezione del fenomeno ed alle risorse necessarie agli operatori sanitari e sociali nel fronteggiare la solitudine esistenziale tra le persone anziane. In accordo con gli obiettivi del Progetto ALONE, è stato condotto uno studio circa la comprensione, percezione ed esperienze di solitudine esistenziale tra le persone anziane da parte dei professionisti del settore sanitario e sociale. Lo scopo della ricerca empirica condotta è stato quello di rilevare le difficoltà ed i limiti incontrati dagli operatori che lavorano in diversi contesti di cura (assistenza domiciliare, strutture residenziali per anziani, cure palliative, cure primarie, assistenza ospedaliera e pre-ospedaliera) nell'affrontare la solitudine esistenziale tra le persone anziane, evidenziandone i bisogni formativi.

Per questo studio è stato utilizzato un approccio qualitativo; attraverso focus group ed interviste individuali è stato possibile raccogliere un'ampia quantità di dati riguardanti opinioni, percezioni ed esperienze.

La trasferibilità del prodotto consiste nel fatto che i risultati del report si configurano come il punto di partenza per la creazione di un programma formativo sul tema della solitudine esistenziale rivolto ad operatori sanitari e sociali.

2. METODOLOGIA DI RICERCA

Durante questa fase del progetto, le attività di ricerca sono state condotte in ciascun Paese partner utilizzando un approccio qualitativo al fine di raccogliere le opinioni, esperienze ed i bisogni dei professionisti sociali e sanitari nell'affrontare situazioni di solitudine esistenziale tra le persone anziane.

L'utilizzo dei focus group ha permesso la raccolta di un'ampia quantità di dati qualitativi, inerenti ad opinioni e punti di vista, nel più breve tempo possibile. Questa metodologia si basa sui processi di gruppo ed incoraggia l'interazione tra i suoi membri, portando ad una profonda analisi del tema oggetto di studio¹. I focus group, attraverso discussioni mirate, permettono ai ricercatori di studiare il tema d'interesse in profondità, coinvolgendo un gruppo selezionato di persone in base all'obiettivo dello studio. Per quanto riguarda il progetto ALONE, ciascun Paese partner ha coinvolto nella ricerca diverse figure professionali, anche impiegate nello stesso contesto lavorativo, e sono stati raccolti i

¹ Bowling A. (2014) Research Methods in Health: investigating health and health services 4th ed. Open University Press, Berkshire

dati demografici dei partecipanti (genere, età, livello d'istruzione e percorso professionale) attraverso un questionario da compilare all'inizio di ciascun focus group. Durante i focus group vi è stata la possibilità di confrontarsi e condividere esperienze, attraverso la facilitazione da parte dei moderatori che hanno utilizzato un'intervista semi strutturata per invitare i partecipanti ad approfondire argomenti specifici. I professionisti sono stati incoraggiati ad esprimere liberamente i propri pensieri, idee, punti di vista concordanti o discordanti in un ambiente protetto e non giudicante. Tale confronto ha stimolato i ricordi e facilitato lo scambio di idee ed opinioni, portando ad una riflessione più approfondita del tema della ricerca.

Per quanto concerne la ricerca condotta in Svezia, i dati e le informazioni contenute nel presente report riprendono i risultati di un precedente studio, realizzato tra il 2018 ed il 2019 dal partner svedese, con lo scopo di indagare la solitudine esistenziale tra le persone anziane dalla prospettiva degli operatori sanitari, coinvolti in 11 focus group. Di seguito sono riportati i riferimenti specifici dello studio svedese:

- *Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being - Sundström, M., Edberg, A-K., Rämgård, M. & Blomqvist, K. (2018)* (indicato in questo report con [1])
- *The context of care matters: Older people's existential loneliness from the perspective of healthcare professionals-A multiple case study. International Journal of Older People Nursing - Sundström, M., Blomqvist, K., Edberg, A-K. & Rämgård, M. (2019)* (indicato in questo report con [2]).

Questi studi condotti in Svezia hanno ispirato la creazione della guida per l'intervista semi strutturata utilizzata dai moderatori durante i focus group e le interviste. Le tematiche trattate negli studi svedesi sono le stesse della ricerca del progetto ALONE.

I focus group sono stati organizzati in ciascun Paese partner, ad eccezione dell'Italia, e hanno visto il coinvolgimento di 6-8 professionisti ciascuno, appartenenti a contesti di cura differenti (ospedali, case di cura, comunità). In Italia non è stato possibile organizzare i focus group a causa di restrizioni dovute all'emergenza sanitaria da Covid-19 che hanno impedito l'incontro di più persone in uno stesso luogo. Per tale ragione si è deciso di condurre delle interviste individuali finalizzate alla raccolta dei contributi personali. Ai professionisti intervistati sono state poste le stesse domande utilizzate durante i focus group condotti negli altri Paesi partner.

3. DATI DEMOGRAFICI DEI PARTECIPANTI

Al fine di raccogliere informazioni riguardo le esperienze e le difficoltà incontrate da professionisti, che lavorano in ambito sociale e sanitario, nell'affrontare situazioni di solitudine esistenziale nelle persone anziane, sono state condotte interviste e focus group nei Paesi coinvolti nel Progetto ALONE. Nello specifico sono stati condotti 18 focus group e 9 interviste individuali:

- 2 Focus group in Polonia;
- 2 Focus group in Lituania;
- 3 Focus group in Romania;
- 11 Focus group in Svezia;
- 9 interviste individuali in Italia.

I focus group e le interviste, realizzati nei diversi Paesi, hanno coinvolto 139 professionisti che lavorano in ambito sociale e sanitario: 9 in Italia, 18 in Lituania, 12 in Polonia, 39 in Romania e 61 in Svezia.

I seguenti dati demografici sono stati raccolti attraverso un questionario che i partecipanti hanno compilato prima dell'inizio del focus group o dell'intervista.

3.1 Età e genere

La maggioranza dei professionisti coinvolti erano donne: 127 su 139 (91,4%). Il diagramma sottostante (*Figura 1*) riporta il numero di maschi e femmine coinvolti nei diversi Paesi:

- Italia: 3 uomini e 6 donne;
- Lituania: 2 uomini e 16 donne;
- Polonia: 1 uomo e 11 donne;
- Romania: nessun uomo e 39 donne;
- Svezia: 6 uomini e 55 donne.

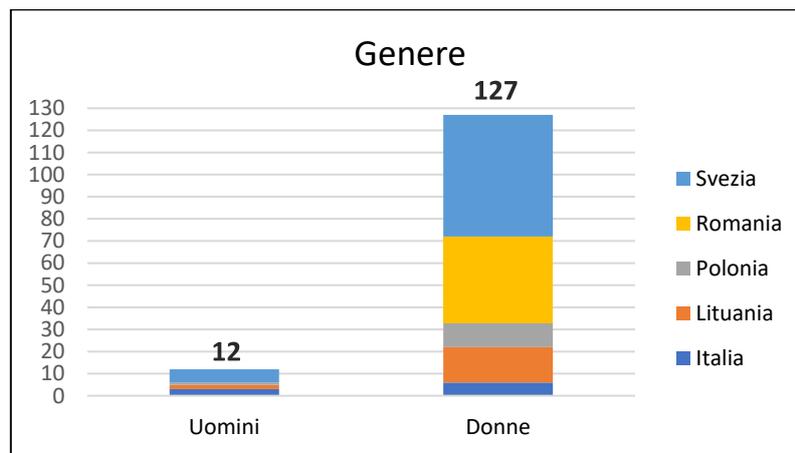


Figura 1. Genere dei professionisti coinvolti

L'età media dei professionisti coinvolti è 50 anni, il più giovane ha 26 anni, il più anziano 70.

Di seguito sono indicate le età dei professionisti coinvolti suddivise nei diversi Paesi di appartenenza:

- Italia: 40-67 (età media 53);
- Lituania: 34-70 (età media 55);
- Polonia: 31-58 (età media 49);
- Romania: 26-60 (età media 42);
- Svezia: 26-68 (età media 49).

3.2 Profili professionali ed esperienze lavorative

Il campione dei professionisti coinvolti comprende un'ampia gamma di profili professionali: infermieri (n=93: 71 infermieri con qualifica e 22 assistenti infermieristici), assistenti sociali (n=25), medici (n=6), terapisti occupazionali (n=4), fisioterapisti (n=3), counselor (n=3), psicologi (n=2), educatori (n=1), operatori socio-sanitari (n=1) e logopedisti (n=1).

Come si può vedere dal diagramma sottostante (*Figura 2*) la maggior parte dei professionisti coinvolti erano infermieri (67%), seguiti dagli assistenti sociali (18%), medici (4%), psicologi e fisioterapisti (2%) e terapisti occupazionali (2%).

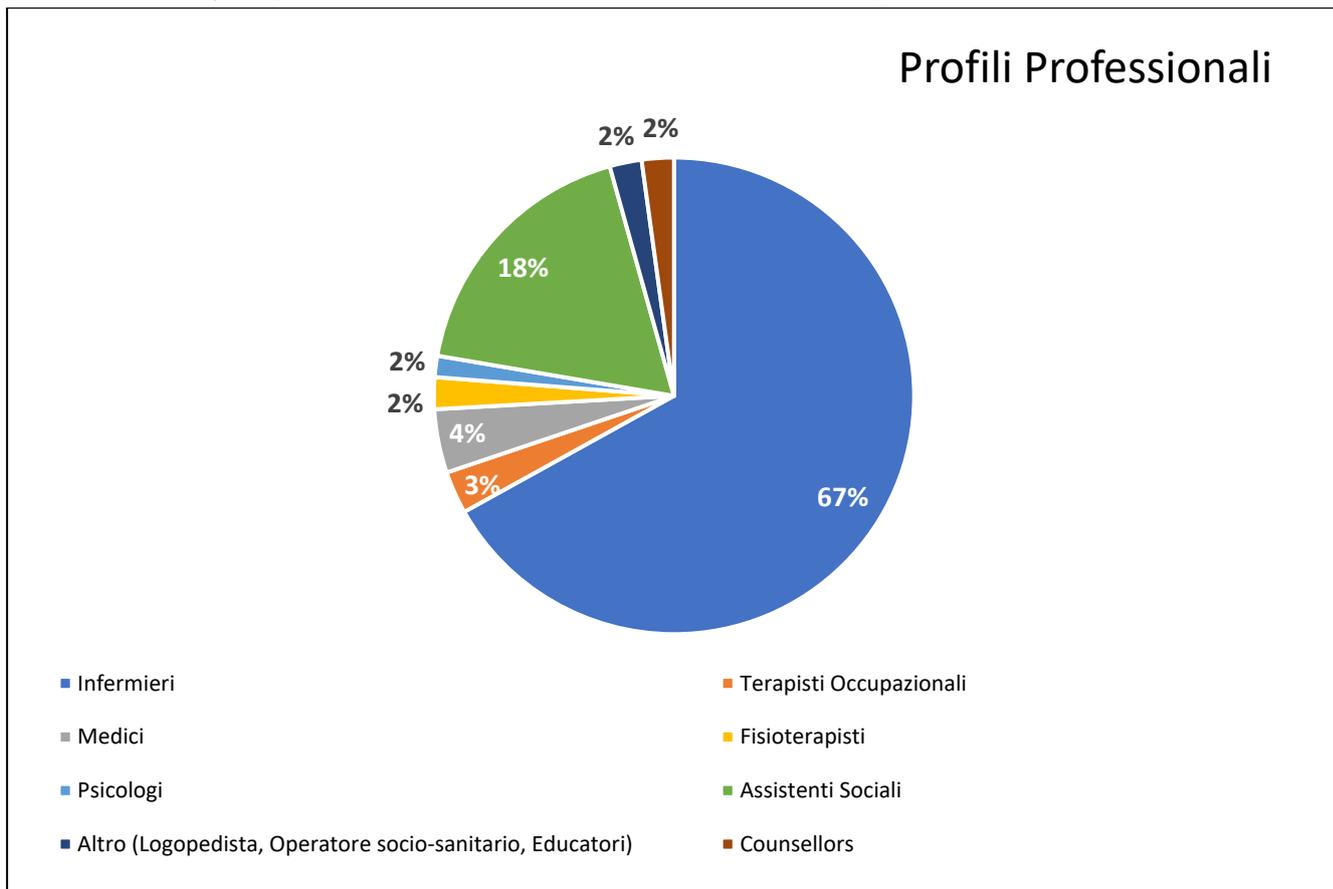


Figura 2. Profili Professionali

I diagrammi sottostanti (Figura 3,4,5,6,7) mostrano i profili professionali coinvolti in ciascun Paese.

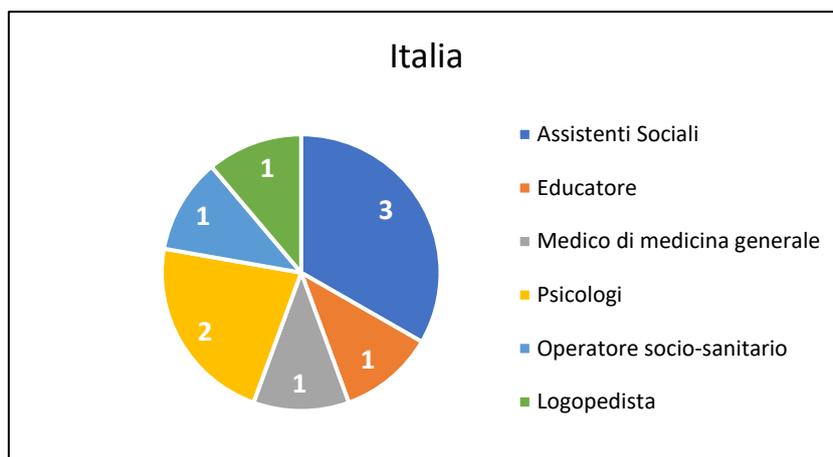


Figura 3. Profili Professionali in Italia

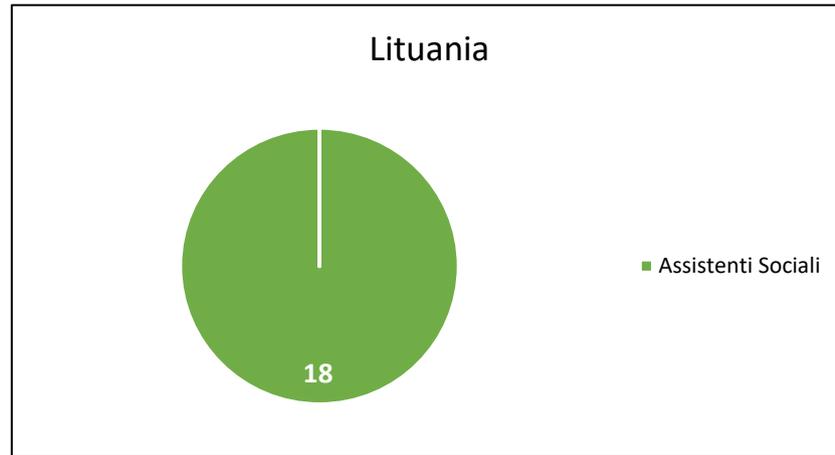


Figura 4. Profili Professionali in Lituania

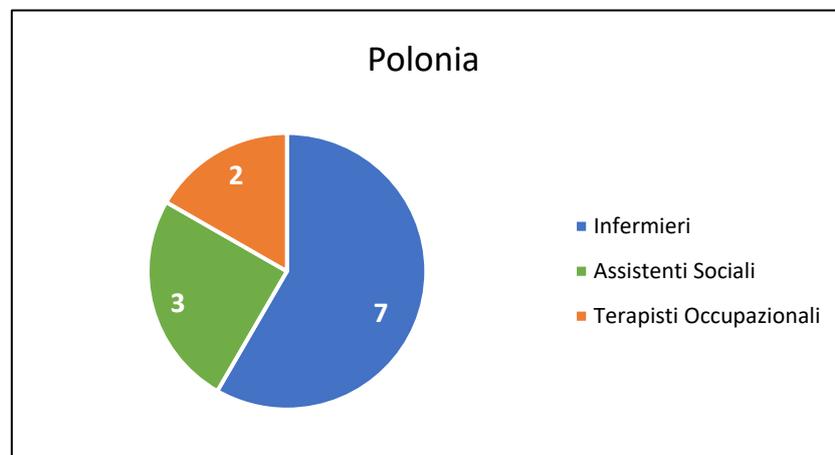


Figura 5. Profili Professionali in Polonia

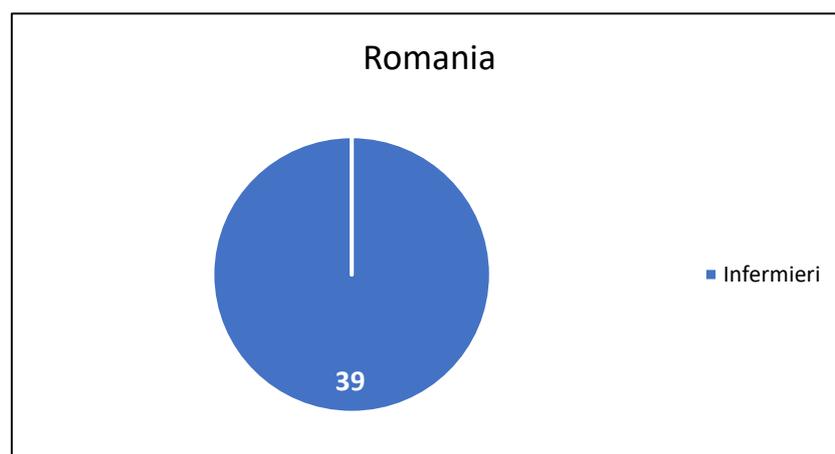


Figura 6. Profili Professionali in Romania

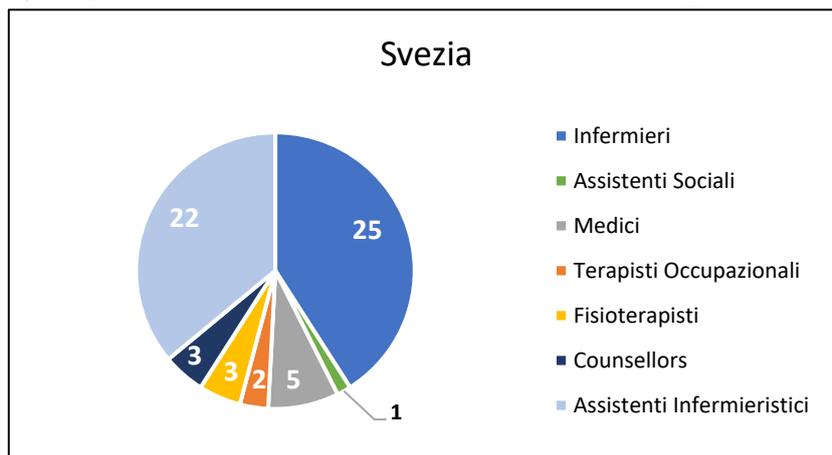


Figura 7. Profili Professionali in Svezia

Gli anni di esperienza lavorativa in ambito sociale e sanitario dei professionisti coinvolti varia da un minimo di 1 anno e 8 mesi di lavoro ad un massimo di 43 anni, con una media di 19 anni. Di seguito vengono riportati gli anni di esperienza lavorativa dei professionisti coinvolti suddivisi nei diversi Paesi di appartenenza:

- Italia: dai 10 ai 40 anni (media 27 anni);
- Lituania: dai 6 ai 40 anni (media 24 anni);
- Polonia: dai 7 ai 20 anni;
- Romania: da 1 anno e 8 mesi a 36 anni;
- Svezia: dai 4 ai 43 anni (media 19 anni).

3.3 Livello di istruzione

Per quanto concerne il livello d'istruzione la maggior parte dei partecipanti possiede il Diploma di Scuola Superiore. Come si evince dal diagramma sottostante (Figura 8) 74 possiedono il Diploma (53%), 29 hanno conseguito la Laurea (21%), 34 un Master (25%) e 2 il Dottorato di Ricerca (1%).

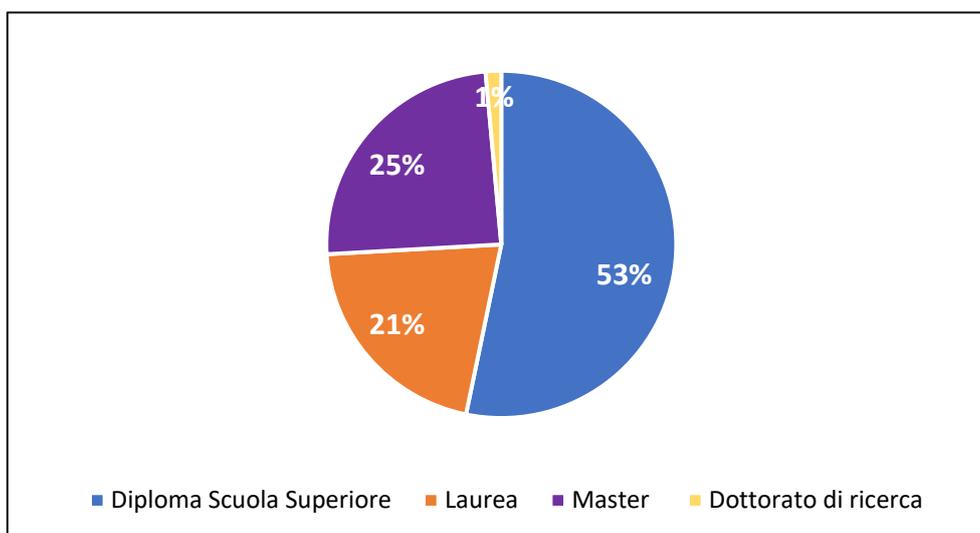


Figura 8. Livello di istruzione dei professionisti coinvolti

3.4 Contesti di cura

I professionisti coinvolti lavorano in 7 differenti contesti di cura: Assistenza domiciliare (n=42; 30%), Case-residenze anziani (n=26; 19%), Cure primarie (n=27; 19%), Ospedali (n=21, di cui 5 in Cure pre-ospedaliere; 15%), Cure palliative (n=21; 15%), Servizi Sociali (1%) ed Associazioni di Volontariato (1%) come mostrato dal diagramma sottostante (Figura 9).

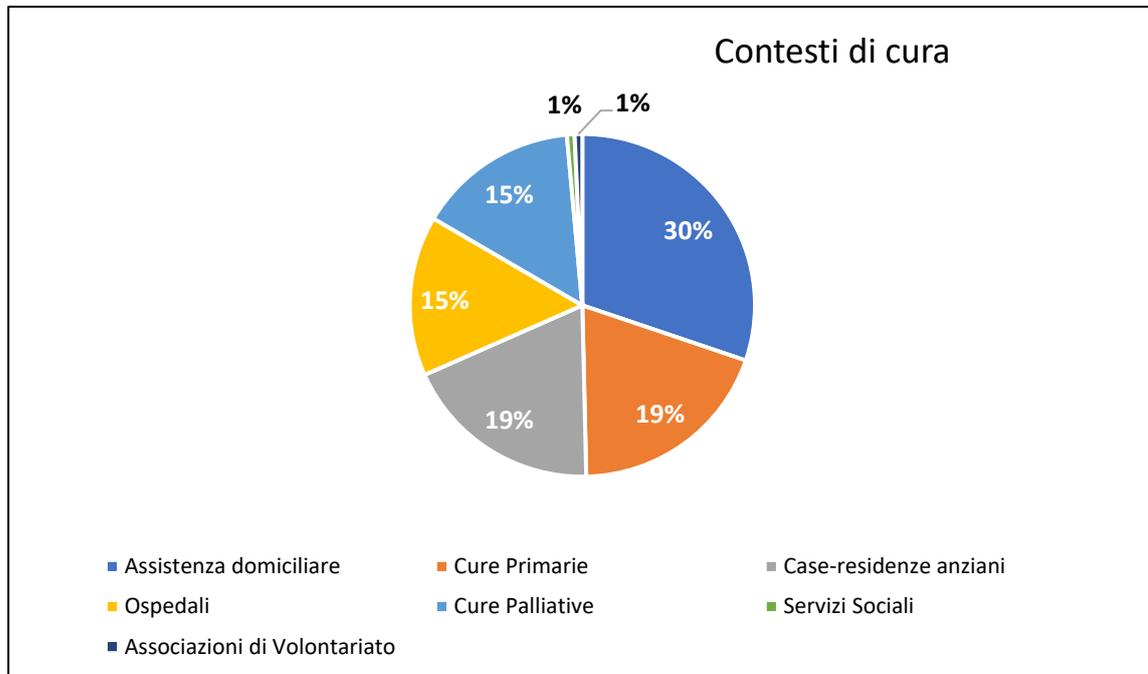


Figura 9. Contesti di cura

3.5 Formazione sul tema della solitudine

Al termine del questionario è stato chiesto ai partecipanti se avessero mai partecipato ad una formazione sul tema della solitudine. Ad eccezione di 3 professionisti (un educatore italiano, che aveva frequentato 2 ore di formazione sulla solitudine tra i giovani, un professionista polacco ed uno lituano) gli altri non avevano mai preso parte a formazioni sul tema.

4. PARTE 1: ANALISI DELLA PERCEZIONE E DELLE ESPERIENZE DEI PROFESSIONISTI IN MERITO ALLA SOLITUDINE ESISTENZIALE TRA LE PERSONE ANZIANE

4.1 La solitudine in generale

Al fine di indagare la comprensione, la percezione e le esperienze degli operatori sanitari sulla solitudine esistenziale tra le persone anziane, durante la ricerca è stato chiesto ai professionisti di condividere riflessioni ed esperienze sulla solitudine in generale ed in merito al loro lavoro quotidiano con le persone anziane. Questo ha permesso di evidenziare similitudini e differenze nella percezione della solitudine tra i vari professionisti.

Esperienze di solitudine tra le persone anziane

ITALIA

In Italia la maggior parte degli operatori intervistati riferisce che tutti, almeno una volta nella vita, hanno sperimentato la solitudine e ne riconoscono 2 diversi aspetti: uno positivo, in riferimento ad una solitudine cercata e voluta, una sorta di intima necessità; ed uno negativo nel caso di una solitudine forzata e che provoca sofferenza. Tutti concordano sul fatto che ci si possa sentire soli anche quando si è circondati da altre persone. Emerge anche l'idea che la solitudine non riguardi solo la mancanza di relazioni con le altre persone ma anche con se stessi, una sorta di "deserto" caratterizzato dall'assenza di contatto con la propria storia e valori.

La solitudine è anche vista in relazione al fatto di non sentirsi compresi, sensazione che sembra spingere le persone a distaccarsi dagli altri; o quando le aspettative personali vengono disattese. In alcuni casi, anche avere a che fare con persone che cercano di prevaricare può far sentire soli. I professionisti intervistati considerano la solitudine anche come un modo per proteggere se stessi dal resto del mondo. Uno dei professionisti intervistati vede la solitudine come un vuoto totale che impedisce alla persona di prendersi cura di sé e di provvedere ai propri bisogni primari, come una mancanza di persone interessate al tuo benessere.

Tutti i professionisti hanno incontrato diverse situazioni di solitudine durante la propria attività lavorativa. La varietà dei professionisti coinvolti, provenienti da differenti contesti di vita e lavoro, ha fatto sì che le esperienze di solitudine tra le persone anziane, da loro riportate, mostrino una grande variabilità.

Nelle piccole comunità sembra si incontrino meno situazioni di solitudine, intendendo con questo termine una condizione sia fisica che emotiva, forse mitigata dalle più frequenti relazioni sociali come il vicinato, la famiglia e le associazioni di volontariato.

Nelle case di cura per persone anziane accade che gli ospiti mostrino di sentirsi soli, spesso verbalizzando il loro sentire, che a volte sembra essere connesso alla percezione di non essere compresi, o al fatto che le altre persone (ad esempio i figli) non si interessino al loro stato d'animo. Nelle residenze per persone anziane si cerca di contrastare la solitudine promuovendo la socializzazione, tramite attività di gruppo, ed allo stesso tempo, promuovendo il mantenimento dei legami familiari.

La compromissione della memoria sembra peggiorare la situazione in quanto le persone dimenticano che, magari pochi minuti prima, hanno avuto contatti con i propri familiari e si sentono pertanto nuovamente sole. Ciò sembra complicare le possibili azioni da intraprendere: *„se un giorno riusciamo a far breccia ed a ridurre il loro senso di solitudine, il giorno dopo non lo ricordano più ed i potenziali effetti positivi svaniscono”*.

Anche quando la solitudine sembra essere ricercata, in essa si può nascondere un profondo malessere, un disturbo psicologico non riconosciuto in precedenza (depressione, ansia, accumulo compulsivo). Spesso la solitudine nelle persone anziane è legata alla perdita del partner; la situazione sembra peggiorare in caso di coppie molto unite con pochi contatti con le altre persone. In alcuni casi si tratta di anziani con figli, che magari abitano vicino a loro e sono presenti nelle loro vite, ma questo sembra non prevenire il fatto di sentirsi soli.

In alcuni casi, la solitudine sembra essere correlata ad un isolamento fisico oggettivo, situazioni che sembrano acuire il senso di solitudine (ad esempio le persone anziane che vivono nella zona vecchia della città raggiungibile solo a piedi, o chi vive lontano dai centri abitati, o chi non ha la possibilità di

utilizzare dispositivi ICT - Information and Communication Technology – per essere connessi alle altre persone). La solitudine vissuta dalle persone anziane può anche essere correlata a problemi familiari o alla fine di amicizie a causa di fraintendimenti o offese; altre volte al fatto che le persone trovino difficile accettare la malattia dei propri cari ed avvicinarsi a loro.

La demenza sembra essere correlata a diversi tipi di solitudine: quella provata dalle persone con demenza e quella provata dai loro caregiver. Esiste una solitudine che le persone affette da demenza percepiscono e di cui sono coscienti ed una solitudine che non sappiamo se la persona percepisce ma di cui i disturbi del comportamento possono essere espressione. È presente, inoltre, una solitudine vissuta dai caregiver che a volte, dopo la diagnosi del proprio familiare, tendono ad allontanarsi dai contesti di vita frequentati in precedenza. In alcuni casi ciò sembra essere dovuto al fatto che non dispongono di informazioni su possibili aiuti e si sentono soli nell'affrontare questa situazione. Altre volte è dovuto ad una reale mancanza d'aiuto da parte delle persone a loro vicine. Infine, i caregiver possono provare un senso di solitudine a causa del fatto che il loro caro non sia più la stessa persona che hanno conosciuto e con cui hanno condiviso la vita.

Nelle persone anziane ci può essere anche una solitudine legata allo stile di vita (gli interessi, la propensione ai contatti sociali, la modalità con cui sono soliti affrontare le difficoltà). La solitudine sembra non essere correlata ad eventi tragici della vita di per sé, piuttosto al modo in cui le persone li affrontano, all'abilità di ricostruire sé stessi e mantenere le relazioni.

LITUANIA

In base a quanto emerso dalla ricerca si può affermare che gli assistenti sociali che lavorano in istituti di cura, non sono in grado di riconoscere la solitudine nelle persone anziane, poiché ritengono che quest'ultime, nel caso in cui sia presente una compromissione cognitiva, faticano, o non siano in grado, di percepire la propria solitudine. *"Appaiono felici di essere nel luogo in cui si trovano e sembra che a loro non interessi nient'altro"*. Gli assistenti sociali tendono a descrivere le persone anziane come disorientate, ciò sembra essere dovuto al fatto che molti di loro hanno esperienza di persone affette da demenza.

Sono emersi, inoltre, alcuni stereotipi nei confronti dei deficit cognitivi delle persone anziane, stereotipi che impediscono il riconoscimento di bisogni di ordine superiore da parte degli assistenti sociali. I professionisti coinvolti ritengono che le persone anziane che vivono in struttura non siano sole in quanto partecipano ad attività sociali, coltivano i propri hobby ed abilità. Molti di loro ballano, cantano, suonano e questo fa sì che si sentano realizzati. Secondo i professionisti, la solitudine tende a manifestarsi quando tali abilità iniziano a venire a meno. Negando la solitudine dei loro pazienti, gli assistenti sociali pongono maggiore enfasi sulla comunicazione e sulla cura, non riconoscendo, in questo modo, possibili vissuti di solitudine.

Anche circostanze esterne possono contribuire ad un incremento della solitudine. Ad esempio, quando una struttura viene posta in quarantena a causa dell'influenza, la maggior parte degli ospiti si sentono tristi e faticano a condividere i propri pensieri più cupi. Se a tale situazione si aggiunge uno stato di salute cagionevole, si nota come le patologie stesse diventino fonte di agonia, sofferenza e di solitudine. I problemi di salute (come ad esempio l'impossibilità di camminare) diventano infatti un ostacolo al soddisfacimento del bisogno di comunicazione e di partecipazione alla vita della comunità.

La solitudine può essere legata al desiderio di avere accanto i propri familiari ed alla possibilità di parlare spesso con loro. Alcune persone anziane si sentono sole a causa della morte dei propri figli. I professionisti coinvolti nella ricerca, riferiscono che talvolta le persone che vivono nelle strutture per anziani manifestano problemi di dipendenza, come tentativo di alleviare il proprio senso di solitudine.

In seguito all'assunzione di alcol, è più facile che le persone cerchino gli assistenti sociali per parlare dei propri sentimenti e di problemi correlati alla solitudine. In altre situazioni, la dipendenza può essere considerata causa stessa di solitudine, in quanto i parenti non tolleravano che il loro caro assumesse alcool e, per questi motivi, è stato allontanato dalla famiglia ed inserito in una struttura.

Gli operatori riferiscono che a volte gli anziani manifestano solitudine dopo una lite o problemi con gli amici, attirando in questo modo l'attenzione degli assistenti sociali. In questi casi, emerge il bisogno di colloqui individuali. La maggior parte degli assistenti sociali coinvolti percepisce la solitudine solo da un punto di vista fisico e cerca di aiutare gli ospiti facendo notar loro la presenza di altre persone (operatori, professionisti, ospiti, animali domestici).

Spesso la solitudine degli anziani è dovuta alla scomparsa dei propri cari. Inoltre, l'esperienza della solitudine sembra intensificarsi in caso di peggioramento dello stato di salute. Poiché il contesto degli istituti di cura, per loro connotazione, sembra limitare la comunicazione e le relazioni sociali, gli hobby personali e gli interessi degli ospiti sembrano scomparire, portando così ad una riduzione del proprio mondo. Al contrario, altri ospiti nel momento in cui entrano in una struttura per anziani, sembrano non provare più solitudine in quanto instaurano relazioni con gli altri ospiti, si fidano, interagiscono e sembrano mettere da parte i propri problemi.

La solitudine viene percepita maggiormente durante le vacanze, in particolare quando altri ospiti ricevono le visite dei familiari. Alcuni operatori evidenziano come la solitudine degli anziani sembri essere influenzata da ciò che accade nel contesto di vita (ad esempio conflitti con gli altri ospiti). In altri casi la solitudine è equiparabile all'isolamento sociale ed al rifiuto.

Dal punto di vista degli operatori coinvolti le persone anziane che vivono sole provano un senso di solitudine in misura maggiore rispetto a coloro che vivono nelle strutture per anziani.

POLONIA

Le infermiere polacche che hanno partecipato al focus group, concordano sul fatto che la solitudine sia un problema enorme tra le persone anziane. Spesso le famiglie polacche non sono multigenerazionali e ciò può essere causa di dolore ed esperienze di solitudine tra le persone anziane che si trovano a vivere da sole. Inoltre un problema importante a Łódź è legato alla presenza di barriere architettoniche che scoraggiano gli anziani dal partecipare alla vita sociale. Questa situazione rende la città e le sue strutture luoghi promotori del senso di solitudine.

In Polonia le donne vivono più a lungo degli uomini, infatti vi sono molte donne sole. Un altro problema, messo in evidenza durante il focus group, è che al giorno d'oggi sembrano mancare i legami coi vicini di casa, come invece accadeva in passato, e ciò sembra contribuire all'insorgenza di sentimenti di solitudine.

Gli assistenti sociali che hanno partecipato al focus group hanno associato la solitudine ad una mancanza di relazioni con le altre persone ed hanno messo in evidenza che chiunque, in un momento della propria vita, possa sentirsi solo. La solitudine può anche essere correlata alla perdita delle persone care, dalla quale è spesso difficile riprendersi, percependone profondamente l'assenza. Infine, mettono in evidenza come i Servizi Sociali polacchi non siano sufficientemente preparati a supportare le persone anziane.

ROMANIA

Gli anziani provano solitudine in caso di scomparsa del partner, diventando depressi e taciturni ed isolandosi dalle altre persone. Diventano più nervosi e a volte nelle relazioni tendono ad essere molto centrati su di sé. Tendono a non far più visita agli altri, parlano sempre meno con i figli e gli altri parenti,

diminuiscono i contatti con i vicini, coi i rappresentanti istituzionali e coi membri della comunità. Ci sono anche casi nei quali avviene l'opposto, quando gli anziani vivono la morte del partner come una "liberazione". Di solito, in queste situazioni la relazione tra coniugi non era fonte di benessere e non vi era una reale comunicazione. Questi rari casi sono maggiormente registrati tra le donne, le quali cambiano radicalmente la propria vita ed iniziano a vivere un maggior numero di esperienze rispetto a prima, diventando più attive.

La solitudine viene provata spesso anche quando i figli vivono in un'altra città oppure all'estero. In queste situazioni i legami non sono stretti e la comunicazione è rara o assente. La relazione genitore-figlio ha generalmente un'importanza speciale e spesso i figli si prendono cura dei genitori, occupandosi di loro fino alla morte attraverso diversi tipi di supporto. Gli anziani lamentano di ricevere poche visite da parte della famiglia ed alcuni sono troppo orgogliosi per chiedere aiuto a qualcuno, compresa la propria famiglia.

I partecipanti hanno affermato che spesso nelle zone rurali i giovani, generalmente uomini, abusano di alcool e dimenticano di prendersi cura dei propri genitori, di controllare come stanno e di verificare se necessitano di aiuto. Questo fatto riportato dagli operatori socio-sanitari intervistati, è stato recentemente documentato dall'OMS che ha registrato il più alto tasso per il consumo di alcool in Romania: il 67% degli uomini ed il 31% delle donne assumono un'eccessiva quantità di alcool².

La solitudine nasce anche dalle differenze di vedute tra giovani e anziani, divario incrementato anche dal crescente avanzare della tecnologia.

La solitudine può essere vissuta da persone anziane che si sono dovute trasferire in strutture a causa della mancanza di qualcuno che si occupi di loro presso il domicilio, obbligandole perciò ad investire tutte le proprie risorse economiche per pagare i servizi di cura ricevuti. Gli anziani che vivono in strutture si sentono inoltre costretti a stare nel medesimo luogo di persone con cui non riescono a interagire e conversare. L'assenza parziale o totale di capacità motoria è una causa di solitudine, sia se l'anziano si trovi in una struttura o in un ospedale, sia che viva a casa propria. Il timore di contrarre malattie, di non ricevere aiuti o della morte rende gli anziani più vulnerabili, si sentono più soli anche perché considerano loro stessi inutili. Questo senso di inutilità spesso emerge dal confronto con le capacità che avevano prima, ciò li porta a desiderare di svolgere le stesse attività, che però attualmente non riescono più a sostenere.

Molte persone anziane non provano solitudine poiché praticano attività di culto e religiose, che li fa sentire vicini a Dio. Questi ultimi sentono infatti che in caso di solitudine o bisogno d'aiuto, vi sia una forza superiore che li protegga e li conforti.

SVEZIA

Dal punto di vista dei professionisti sanitari coinvolti nei focus group, le esperienze e modalità di espressione della solitudine differiscono da persona a persona. Le persone anziane a volte desiderano stare sole ma, allo stesso tempo, possono anche sentirsi sole. Molti anziani sono soddisfatti del proprio contesto di vita ed è importante capire se desiderino maggiori contatti sociali oppure no. Risulta quindi importante ascoltare i loro bisogni e desideri. Ci sono persone anziane che desidererebbero avere maggiori contatti sociali, ma non hanno la forza o la volontà di creare nuove amicizie. Probabilmente quando si è anziani diventa più difficile instaurare nuove amicizie. Nelle Case Residenza per Anziani ci sono alcuni ospiti che solo di rado ricevono visite di familiari o amici, altri non ricevono mai alcuna

² WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018:284;
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

visita. *“Quando si mettono a confronto con chi riceve visite quotidianamente, appare evidente quanto si sentano soli”*. Le persone anziane difficilmente riferiscono di sentirsi sole poiché questo viene vissuto con vergogna dal momento che per le norme sociali dovremmo essere circondati da amici e familiari.

I professionisti sanitari hanno dichiarato che gli anziani con compromissioni visive, uditive o di linguaggio o che non sono madrelingua possono trovarsi ad affrontare situazioni difficili che li possono far sentire soli a causa del fatto di non riuscire ad esprimere i propri pensieri e sentimenti. Inoltre le persone con compromissione cognitiva o demenza possono sentirsi sole per diverse ragioni poiché possono non riconoscere come familiare l'ambiente e le persone che li circondano, sentendosi così estranee. Gli operatori sanitari hanno anche riferito che la solitudine ha a che fare con la perdita: perdita della forza fisica, perdita del partner o di un amico, perdita d'identità etc. Hanno inoltre evidenziato come la solitudine possa essere connessa al senso di vuoto, un vuoto che non può essere colmato da qualcuno o qualcosa.

Dal punto di vista dei professionisti coinvolti la solitudine non può essere alleviata attraverso contatti sociali con persone con cui non si ha nulla in comune (ad esempio decidendo di riunire gli ospiti di una casa di cura pensando che, stando tutti insieme, le persone si sentano meno sole). Le persone anziane possono, infatti, sentirsi sole pur essendo circondate da persone con cui parlare. *“Se non hai la possibilità di condividere i tuoi pensieri più profondi sei ancora solo”*. Per gli operatori sanitari al termine della propria vita ciascuno di noi si trova ad affrontare un diverso tipo di solitudine: affrontare la morte da soli e nessuno riesce a condividere quest'esperienza.

Riepilogo

Tutti i professionisti coinvolti nella ricerca hanno individuato diverse situazioni di solitudine durante la loro attività professionale, riconoscendone principalmente due diversi aspetti: uno positivo, ovvero la solitudine cercata e voluta come sorta di bisogno di intimità, ed uno negativo, in caso di solitudine forzata che causa sofferenza. Il sentimento di solitudine tra le persone anziane è molto comune in tutti i Paesi partner, spesso legato alla morte dei propri cari, con una peggior situazione in caso di coppie molto unite e con scarsi contatti sociali. La solitudine può essere legata ad un isolamento fisico obiettivo ed è emerso che a volte la struttura architettonica delle città non aiuta a migliorare la socializzazione e gli spostamenti. La mancanza di legami con le famiglie ed i vicini di casa, così come i problemi familiari o la fine di amicizie a causa di malintesi o risentimenti, può incrementare il senso di solitudine, che viene riferito essere più forte durante le vacanze quando altri anziani ricevono le visite da parte dei familiari. Ad ogni modo, in alcuni casi, se le persone anziane hanno figli adulti e famiglie vicine e presenti nelle loro vite, o se sono circondati da molte persone, possono comunque provare un senso di solitudine. È stato riscontrato che la solitudine non può essere attenuata dai contatti sociali con persone con cui non si ha niente in comune, in quanto legata all'impossibilità di esprimere pensieri ed emozioni personali.

La solitudine non sembra essere correlata esclusivamente a eventi tragici della vita, ma anche al modo in cui le persone li affrontano, alla capacità di ricostruire sé stessi e mantenere relazioni.

Una questione importante emersa durante la ricerca è la solitudine che provano i caregiver, i quali a volte, dopo essere venuti a conoscenza della diagnosi del proprio caro, si isolano dai contesti che frequentavano precedentemente. Questo sentimento sembra essere determinato anche dalle difficoltà che le persone incontrano nell'accettare la malattia dei propri cari.

4.2 Solitudine esistenziale

Allo scopo di porre in evidenza le difficoltà ed i limiti incontrati dagli operatori sociali e sanitari nella cura di persone anziane che provano solitudine esistenziale, la ricerca ha ulteriormente indagato le loro conoscenze ed esperienze lavorative in relazione alla solitudine esistenziale tra le persone anziane.

Durante le ricerche empiriche condotte in ciascun Paese partner, è stato chiesto ai partecipanti se avessero mai sentito parlare di solitudine esistenziale e quale significato gli attribuissero. Ponendo agli operatori domande riguardo le loro esperienze, come avessero riconosciuto situazioni di solitudine esistenziale e se avessero idea delle cause e di possibili soluzioni, sono stati rilevati suggerimenti e strategie realizzabili. Inoltre, sono state indagate le reazioni ed i sentimenti che questi eventi hanno suscitato, le strategie messe in atto dai partecipanti nell'affrontare queste situazioni, così come se a posteriori avrebbero agito diversamente.

Comprensione della solitudine esistenziale

ITALIA

Durante la ricerca, 7 professionisti su 9 riferiscono di aver sentito parlare di solitudine esistenziale. Tutti la descrivono come una sensazione profonda e pervasiva che si può provare anche se circondati da altre persone, anche qualora vi sia qualcuno desideroso di ascoltare e prendersi cura dell'altro. È stata descritta come una sensazione che può presentarsi ad ogni età, come *„un vuoto incolmabile che ad un certo punto non permette di essere nel qui e ora, e che impedisce di sentire la vita cosicché riesci solo a viverla in modo distaccato“*. Un professionista associa la solitudine esistenziale alla percezione che una persona ha dell'esistenza e di sé stesso in relazione ad essa; mentre un altro la correla alla mancanza di punti di riferimento. Alcuni professionisti concordano con l'idea che sia qualcosa di cronico che impedisce di superare l'isolamento e le situazioni difficili.

LITUANIA

Diversi partecipanti non avevano mai sentito nominare il termine solitudine esistenziale. Secondo un partecipante, questo sarebbe legato all'esistenza. I partecipanti hanno riferito che possono vedere la manifestazione della solitudine esistenziale nelle persone anziane attraverso alcune reazioni di malcontento quali rabbia, rifiuto, tristezza e commiserazione. Il senso di solitudine esistenziale tra le persone può essere rilevato in alcuni gesti che denotano profonda tristezza ed il bisogno di vicinanza emotiva *“vogliono essere accarezzati, abbracciati e vogliono che gli si parli... cercano semplicemente calore”*.

È stato inoltre riferito come le persone anziane tendano a provare emozioni negative a causa della difficoltà di introspezione sui propri sentimenti. Perciò, dopo la perdita di un familiare, vi possono essere manifestazioni di solitudine esistenziale, ma è raro che le si sappia riconoscere e si sappia dare un nome a ciò che si prova. Dall'altro lato, gli operatori non incoraggiano gli ospiti a riflettere sui propri sentimenti ed esperienze. Ciò è dovuto al fatto che, a causa della mancanza di strumenti e conoscenze specifici per la gestione di tali situazioni, questi momenti di confronto vengono vissuti dagli operatori stessi come una problematica a cui rispondono con strategie improvvisate.

POLONIA

Alcune infermiere che hanno partecipato al focus group hanno dichiarato di non aver mai sentito prima il termine solitudine esistenziale e di non saper distinguere questa tipologia dalle altre. Hanno descritto alcune situazioni incontrate durante il loro lavoro con gli anziani, con particolare riferimento a situazioni di solitudine benché l'anziano avesse vicino la famiglia ed altre persone. Le infermiere coinvolte nella ricerca evidenziano il fatto che le persone anziane giustificano le loro famiglie quando

non fanno loro visita in ospedale o non se ne prendono cura. In queste situazioni gli anziani diventano più esigenti verso le istituzioni: si aspettano ulteriore supporto dalla comunità e dai servizi sociali, non solo ricevendo cure pratiche, ma anche essendo supportati nei bisogni emotivi.

Gli assistenti sociali polacchi coinvolti definiscono la solitudine esistenziale come una perdita di senso della vita, che può causare depressione ed un sentimento d'abbandono.

ROMANIA

I professionisti che hanno preso parte alla ricerca hanno affermato di non aver mai sentito parlare di solitudine esistenziale e si sono mostrati molto interessati a questa definizione che gli risultava piuttosto nuova.

I partecipanti hanno associato tale concetto alla necessità di riflettere sul significato della propria vita e sulla morte, specialmente quando si perde qualcuno di importante in famiglia o si realizza che il tempo sta trascorrendo.

SVEZIA

In seguito alla presentazione del concetto di solitudine esistenziale, tutti i professionisti (n=61) hanno affermato di averla individuata negli anziani assistiti, nonostante in quel momento non fossero capaci di riconoscerla. I risultati mostrano che i professionisti sociali e sanitari abbiano avuto modo di constatare che le persone anziane con limitazioni fisiche avevano più difficoltà a risollevarsi dal senso di solitudine esistenziale, sentendosi destinati a rendersi conto di ciò che accadeva intorno a loro ma di non prenderne parte, preferendo isolarsi e vivere in un mondo loro [1].

[Esperienze di solitudine esistenziale](#)

ITALIA

Una volta fornita la definizione di solitudine esistenziale, tutti i partecipanti alle interviste hanno dichiarato di aver riscontrato tale fenomeno negli anziani con cui hanno lavorato, nonostante in quel momento non sapessero precisamente cosa fosse. Sebbene in qualche rara occasione questo sentimento sia stato espresso a parole dalle persone anziane, la maggior parte delle volte non veniva verbalizzato, ma veniva unicamente intuito dagli operatori.

Si è rilevata inoltre una forte eterogeneità tra le esperienze di solitudine esistenziale dei partecipanti. In alcuni casi infatti questo senso profondo di solitudine era legato alla percezione da parte dell'anziano di non aver nulla di importante nella propria vita, mentre in altri casi era dovuto alla perdita di un familiare oppure era correlato ai cambiamenti di vita ed alle difficoltà di riorganizzarla in funzione di questi (per esempio i cambiamenti in seguito al pensionamento). La solitudine esistenziale in molti casi sembra essere connessa alla paura della morte o di perdere i propri cari. Un operatore ha riferito che, in base alla sua esperienza, i problemi economici possono suscitare questo sentimento, mentre un altro ha esposto come la solitudine esistenziale alle volte possa essere dovuta alla mancanza di speranza e fede. Talvolta le persone che provano questo sentimento tendono a rifiutare il sostegno che gli viene offerto e gli operatori colgono come segni di solitudine esistenziale la percezione che l'aiuto ed il supporto forniti sembrino non essere mai abbastanza. Alcuni anziani mostrano una visibile e profonda sofferenza e si rende evidente che la persona necessita di sfogarsi riguardo le proprie emozioni, benché si rifiuti di parlare e chieda di essere lasciata sola. Durante le interviste è emerso che nei casi di persone che provano solitudine esistenziale spesso vi sia una sorta di rassegnazione e permanga l'idea che niente possa farli sentire meno soli, che nessuno possa aiutarli e che la situazione non possa cambiare. Alcuni operatori hanno riferito di riconoscere la solitudine esistenziale da alcuni comportamenti degli anziani: presentano frequenti richieste di attenzione (ossessione riguardo la propria situazione clinica, continue richieste di aver qualcuno con cui parlare), diventano taciturni,

sono spesso immersi nei propri pensieri e chiusi in loro stessi, hanno pensieri e comportamenti ricorrenti, si isolano, si mostrano apatici, sono poco comunicativi e perdono l'appetito.

Un operatore evidenzia come a volte le persone anziane parlino del proprio senso di solitudine ed in base alla loro esperienza, questo avviene quando percepiscono che l'operatore è a proprio agio e disposto ad affrontare queste emozioni.

Per quanto riguarda le probabili cause, gli operatori intervistati avevano diversi punti di vista ma tutti concordano sul fatto che non si possano individuare cause comuni e che si possa provare solitudine esistenziale per diverse ragioni. La maggior parte degli operatori la correlano ad una perdita (come ad esempio la perdita di un familiare, di autonomia o del proprio ruolo) ed ai cambiamenti di vita (quali i cambiamenti delle proprie condizioni di salute o economiche). Due operatori ipotizzano inoltre che alla base vi possa essere uno stato depressivo non riconosciuto e non trattato. In alcuni casi la solitudine esistenziale sembra essere provocata da pensieri riguardanti la visione d'insieme della propria vita soffermandosi a ragionare su eventuali rimpianti, rimorsi e opportunità non colte o su questioni riguardanti il futuro (come la paura della morte, la sensazione di avere ancora molte cose da fare ma timore di non avere tempo).

Due psicologi intervistati collegano la solitudine esistenziale ad elementi soggettivi riguardanti la struttura della famiglia d'origine, l'istruzione ricevuta, l'affetto e le attenzioni ricevute durante l'infanzia. Sulla base delle loro esperienze, a volte tale sentimento può affondare le proprie radici nell'assenza della famiglia, portando le persone a crescere con la percezione di essere sole e di essere destinate a rimanere tali, credendo perciò che la solitudine sia una sorta di "condizione di vita".

Un partecipante afferma che la mancanza di attenzione verso i propri bisogni spirituali può essere collegata alla solitudine esistenziale. Tale ipotesi si basa sul fatto che molti anziani hanno vissuto la propria infanzia in condizione di povertà e che sono perciò cresciuti cercando di soddisfare i propri bisogni materiali, senza badare alla soddisfazione dei propri bisogni spirituali.

In altri casi, la solitudine esistenziale può scaturire da cause oggettive, come ad esempio rimanere fisicamente soli ed essere lasciati soli da altre persone.

I professionisti intervistati hanno implementato differenti azioni per la gestione della solitudine esistenziale, quali:

- Parlare con la persona che sta vivendo questo sentimento;
- Stare con la persona tenendole compagnia e mostrando che c'è qualcuno desideroso di ascoltare;
- Avere conversazioni centrate su di lui/lei, evocando ricordi personali;
- Spostare l'attenzione su altro, ad esempio su argomenti che possono farlo/a sentire meglio, come episodi belli della sua vita. In questi casi, è davvero importante conoscere la persona, i suoi interessi, la sua storia e sapere come entrarvi in contatto;
- Offrire un ascolto attivo, cercando di capire le esperienze e le ragioni dietro a questi sentimenti;
- Attivare se possibile la rete familiare;
- Se necessario attivare servizi esterni o coinvolgere altri professionisti (psichiatri, assistenti sociali, neurologi);
- Promuovere la partecipazione in associazioni che offrono attività per persone anziane;
- Creare gruppi di aggregazione tra coetanei.

In caso di isolamento fisico, i professionisti riferiscono che la prima azione da compiere sia quella di verificare che la persona non sia in una condizione di pericolo e che sia in grado di prendersi cura di sé

stesso/a, svolgendo le attività quotidiane come assumere i medicinali, nutrirsi e vivere in buone condizioni igieniche. Suggestiscono inoltre che in caso di necessità si debba procedere con l'attivazione dei servizi (come ad esempio la consegna dei pasti a domicilio) e rivolgersi ad associazioni, tra cui associazioni di volontariato.

In generale i professionisti hanno evidenziato l'importanza di non farsi intimidire da queste emozioni, trattando le questioni personali dell'anziano in modo delicato e rispettoso.

In molti casi le azioni implementate hanno apportato risultati positivi, come aumento dell'autostima, maggiore interesse verso alcune attività, sollievo dalla sofferenza, miglioramento dell'umore e conseguentemente del benessere. Nonostante gli interventi proposti siano stati generalmente ben accettati dalle persone anziane, in alcuni casi vi sono state forti resistenze, dovuti all'idea che accettare l'aiuto offerto li potesse rendere meno indipendenti, alle difficoltà nel far emergere le proprie emozioni ed al fatto che parlare dei propri sentimenti possa essere un'esperienza spiacevole.

Due operatori hanno riferito che in alcuni casi l'intervento implementato, e probabilmente qualsiasi altro intervento, sembrava essere uno sforzo vano e mai sufficiente a far sentire meglio l'utente.

Entrare a contatto con la solitudine esistenziale delle persone anziane ha fatto provare agli operatori un'ampia gamma di sentimenti, quali profonda tristezza, dolore, impotenza, senso di perdita e desolazione. Un'operatrice ha riferito che durante un momento di confronto con un'anziana, era molto empatica verso la persona poiché sentiva di provare le sue stesse emozioni, ma in diversa misura. Durante le interviste è emerso che venire a conoscenza di determinate situazioni, può essere uno stimolo per gli operatori per essere più presenti e vicini agli utenti. Inoltre, rilevare in altre persone il sentimento di solitudine esistenziale ha evocato esperienze e ricordi personali di solitudine, offrendo l'occasione di riflettere su sé stessi e sulla propria storia personale.

Davanti a un anziano che prova solitudine esistenziale, i professionisti hanno dichiarato di essersi approcciati in differenti modi: usando un approccio empatico, offrendo ascolto, invitando la persona a parlare o coinvolgendola in attività, facendogli/le compagnia anche rimanendo in silenzio, predisponendo attività creative e ricreative, cercando di far riflettere l'anziano sulle esperienze fatte nel corso della vita piuttosto che sulle opportunità mancate, cercando ulteriore supporto (coinvolgendo i servizi o la famiglia), dando valore alle emozioni provate in quel momento ed ai punti di forza personali.

Un operatore ha riferito che la cosa più importante nel gestire queste situazioni è non sentirsi intimoriti dall'affrontare talune emozioni, ma di accompagnare la persona nel suo sentimento e nella sua sofferenza, affrontando prima le proprie emozioni e il proprio eventuale vuoto esistenziale. Trovare il coraggio di affrontare ed analizzare i propri sentimenti anziché evitarli, aiuterà a sapersi approcciare anche alle emozioni altrui senza evitarle.

Gli operatori intervistati hanno suggerito alcune strategie per gestire in maniera positiva il confronto. Tra queste è stato suggerito di non essere impulsivi e cercare di raccogliere il maggior numero di informazioni possibili offrendo il tempo necessario alla persona, così come cercare di ascoltare e vedere le cose attraverso gli occhi dell'altro, evitando di cercare a tutti i costi un modo per risolvere una situazione che talvolta non può essere risolta.

Dalle interviste è inoltre emerso che i professionisti necessiterebbero di una miglior preparazione per affrontare questi momenti.

LITUANIA

Gli esperti riconoscono che è innanzitutto necessario mettere in evidenza che talvolta è il contesto di cura stesso a creare una condizione di solitudine esistenziale; a seguito del trasferimento in una struttura residenziale, tutte le persone provano significativi cambiamenti esistenziali. Ritengono infatti, che tutte le persone anziane che vivono questa situazione provano ciò che in psicologia viene definito come solitudine esistenziale, dovuto al fatto che percependo limitati i propri spazi e movimenti, anche la vita appare limitata.

Un'ulteriore difficoltà riportata dagli assistenti sociali coinvolti è che lavorare con persone affette da disabilità complesse, come la demenza, la schizofrenia, la depressione ed altre patologie, rappresenti un ostacolo aggiuntivo nel soddisfare i bisogni fondamentali di queste persone, così come nel processo di sradicamento dello stigma correlato a tali malattie.

I professionisti intervistati non sono riusciti ad identificare autonomamente il concetto di solitudine esistenziale, palesando durante i focus group la mancata conoscenza del fenomeno anche attraverso il linguaggio non verbale. La solitudine esistenziale è stata però identificata in alcuni aspetti della vita delle persone anziane, sulla base della valutazione del loro stato fisico, emotivo o di alcuni segni: costante mancanza di appetito, cambiamenti nel comportamento, presentimento che qualcosa non vada nel verso giusto, mancanza di sicurezza, rabbia infondata, apatia, poca loquacità e atteggiamento annoiato. Gli anziani quando parlano con gli assistenti sociali spesso affermano di non voler ricevere visite dai loro familiari perché sono arrabbiati per essere stati lasciati soli. Questo sentimento di rancore verso i parenti, viene considerato segno di solitudine esistenziale, legato al sentirsi abbandonati e soli in un istituto di cura, che li porta a scegliere, con sofferenza, di non incontrare i propri familiari. Per alcuni partecipanti allo studio, le caratteristiche della solitudine esistenziale sono attribuibili a tratti di personalità e vengono perciò considerati impossibili da cambiare.

Alcune volte gli aspetti economici possono portare un senso di solitudine esistenziale. È stato evidenziato dai partecipanti come per alcune persone anziane fosse difficile accettare la perdita di padronanza del proprio denaro (proveniente da contributi sociali o pensione d'anzianità) per affidarlo alle case di cura in cui vivono. Probabilmente ciò è collegato al senso di perdita di controllo sulle proprietà personali quali le risorse economiche, che preferirebbero utilizzare per acquistare ciò che desiderano.

POLONIA

Gli infermieri hanno dichiarato di aver incontrato situazioni in cui le persone anziane vivono con la propria famiglia, ma trascorrono il proprio tempo relegate in una piccola stanza, escluse dalla vita familiare e talvolta considerate unicamente come una fonte di reddito (situazione che prende il nome di violenza economica). È stato osservato che generalmente una persona anziana viene percepita negativamente dalla società e che il tema dell'età e della morte vengono spesso ignorati. In questi casi si evidenzia una mancanza di rispetto verso l'anziano, una mancanza di legami familiari e resistenza nel rendere l'anziano partecipe della vita familiare.

Tutti gli infermieri hanno notato che è importante nel loro lavoro parlare con il paziente, cogliendo l'occasione di condividere del tempo, ad esempio bevendo assieme un tè (che può essere servito dall'infermiere stesso nei casi di cure a domicilio). Le persone anziane attendono questi momenti e, seppur tendano a raccontare gli stessi episodi di vita ogni volta, sono felici di essere ascoltati e di vedere qualcuno che gli dedica tempo, citando l'osservazione di un partecipante *"la solitudine è una sofferenza e noi li accompagniamo in essa"*. Alcuni pazienti sembrano accettare di buon grado la propria anzianità, altri non la accettano affatto, mentre altri ancora la accettano ma in senso negativo.

Tra questi ultimi infatti si è rilevata una scarsa progettualità per il futuro, con un'assenza di programmi per il resto della propria vita.

Generalmente gli anziani non parlano in modo diretto della loro solitudine perché può dare un'impressione negativa della propria famiglia. Tuttavia, il senso di solitudine viene comunque percepito dagli infermieri attraverso le loro parole.

Gli assistenti sociali che hanno partecipato alla ricerca hanno riscontrato che le persone anziane che vivono in strutture residenziali provano solitudine e che sono sensazioni alle quali tendono ad abituarsi. Alcuni di questi anziani si mostrano spesso apatici, con poca voglia di svolgere attività e tendono a isolarsi, affermando sin dall'inizio della propria permanenza *"sono venuto qui per morire"*. I professionisti hanno riscontrato che queste persone necessitano di più attenzioni da parte dello staff, mentre altre sono in grado di affrontare più serenamente la nuova quotidianità in struttura, mostrandosi contenti di incontrare persone nuove, parlare con il personale (infermieri, sacerdoti, assistenti sociali), dedicarsi ai propri hobbies o coltivarne di nuovi, etc.

I partecipanti hanno infine fatto presente come la mancanza di contatti con amici e famiglia costituisca un problema che ha un forte impatto nella quotidianità dell'anziano.

ROMANIA

Dopo la presentazione del concetto di solitudine esistenziale gli operatori hanno riferito di averla individuata solo di rado negli utenti di cui si prendono cura.

Gli infermieri hanno riferito che gli anziani che soffrono di solitudine esistenziale si sentono tristi, comunicano raramente, si sentono soli al mondo, perdono appetito e gioia di vivere e spesso non esprimono il proprio malessere.

Gli operatori coinvolti aggiungono che i pazienti che vivono una condizione di solitudine esistenziale, necessitano di più attenzioni da parte dell'equipe medica, riferendo che le persone anziane che vivono questo sentimento tendono a parlare poco e faticano a comunicare i propri bisogni, rendendo perciò necessario un maggiore approfondimento riguardo il loro stato d'animo. Gli infermieri, come il resto dello staff, si trovano quindi a dover fare ulteriori sforzi per facilitare la loro integrazione, dialogare e coinvolgerli nelle attività. Di solito si cerca di conversare sulle esperienze di vita per stimolare il desiderio di parlare. Gli anziani a volte diventano scontrosi, anche se ricevono visite dai parenti o dai medici e vogliono essere lasciati soli, mentre coloro i quali hanno una ridotta mobilità tendono a diventare malinconici e palesano nostalgia della gioventù e dei bei tempi.

Le pensioni di cui beneficiano gli anziani in Romania in molti casi sono piuttosto ridotte rispetto a quelle di altri Paesi, cosicché per questioni economiche molte persone anziane devono rinunciare a diverse attività, come ad esempio i viaggi, generando un senso di tristezza e amareggiamento a causa della rinuncia obbligata a questo tipo di opportunità. Gli infermieri che hanno dato il proprio contributo hanno inoltre riferito che gli anziani avvezzi al lavoro e che conducono ancora una vita attiva, tendono a non mostrare segni di solitudine, continuando a lavorare ed accettando il corso della vita, con l'idea che un giorno si raggiungerà un mondo migliore.

Quando gli anziani vengono inseriti in strutture residenziali dalla propria famiglia tendono a vivere periodi di depressione, poiché si considerano inutili e percepiscono di essere abbandonati. Ci sono casi in cui, poiché non ricevono aiuto dalla famiglia, chiedono aiuto di propria iniziativa agli assistenti sociali del territorio. Contrariamente, i pazienti anziani ospedalizzati si sentono a volte impotenti verso la propria famiglia, perché si sentono soffocati dall'eccesso di cure, di cibo e da cose che non desiderano, e ciò sembra intaccare la propria autostima. Altre persone anziane invece preferiscono recarsi in

ospedale, certi che vi troveranno qualcuno che li aiuti evitando di dover stare soli presso il proprio domicilio.

SVEZIA

Dallo studio svedese si è evidenziato come la ricerca di contatto da parte dell'anziano possa essere interpretata come una possibile manifestazione di solitudine esistenziale. Questa infatti viene considerata come un modo per costruire relazioni umane, soprattutto quando avviene in situazioni di vulnerabilità e di ricorrenti richieste d'aiuto. Altri segnali che sono stati riferiti sono invece: distaccarsi da legami stretti o manifestare atteggiamenti di rabbia, preferire la solitudine alla compagnia, essere molto centrati sulle proprie debolezze e sul proprio deterioramento, tendere a scusarsi di frequente, mostrare sentimenti di imbarazzo e di vergogna. La solitudine esistenziale viene inoltre descritta come caratterizzata da tristezza, nostalgia di casa, ansia, rabbia, paura della morte o di morire soli, così come da espressione di sensi di colpa, rimpianti di scelte di vita, senso di inutilità e di irrilevanza per gli altri e sentirsi alienati dalla società [1].

Gli operatori socio-assistenziali hanno avuto modo di notare che le possibili cause della solitudine esistenziale tra gli anziani possono essere connesse al senso di invisibilità e di essere dimenticati, oltre alla difficoltà di mantenere la propria routine e la propria indipendenza. È stato inoltre evidenziato che gli anziani hanno difficoltà a costruire nuove relazioni e passano molto tempo a riflettere sulla propria vita, sul sopraggiungere della morte, sui sensi di colpa e rimpianti [1].

È stato inoltre riferito dagli operatori come l'insorgenza di questo sentimento possa cambiare a seconda del contesto in cui l'anziano si trova [2].

Gli operatori di assistenza domiciliare pensano che "la sensazione di solitudine esistenziale tra gli anziani possa essere causata dal senso di cambiamento rispetto a ciò che era la loro vita precedente, dal non sentirsi più necessari, essendo incapaci di vivere in modo autonomo e funzionale presso il proprio domicilio e sentendo che i figli non hanno tempo per far loro visita" [2]. I risultati hanno mostrato inoltre che l'insorgenza di tale sensazione può verificarsi anche quando la persona anziana non ha più persone della sua stessa generazione con cui condividere momenti di vita significativi. Gli operatori di assistenza domiciliare percepiscono infine la solitudine esistenziale come associata alla morte [2].

I professionisti operanti in strutture residenziali percepiscono che "la causa principale della solitudine esistenziale tra gli anziani sia la perdita dolorosa di persone che sono state importanti nella loro vita. Hanno inoltre notato come i rapporti poco profondi con la propria famiglia potevano portare l'anziano a sperimentare sensazioni di solitudine esistenziale, associabile anche a sentimenti di alienazione" [2]. Un'ulteriore causa di solitudine esistenziale che è stata riferita è connessa alla percezione dell'anziano come estraneo a se stesso, provata in concomitanza con difficoltà nel mantenere le proprie abitudini o nel non riuscire ad affrontare situazioni quotidiane. Gli operatori socio-sanitari hanno riferito come la solitudine esistenziale possa essere connessa all'avvicinarsi della morte [2].

Gli operatori che forniscono assistenza ospedaliera "hanno dichiarato di non porsi domande sull'origine della solitudine esistenziale né di chiedere ai pazienti anziani delle loro preoccupazioni esistenziali" [2]. Inoltre, hanno riferito di non percepire la necessità degli anziani di parlare di solitudine o di preoccupazioni esistenziali in ospedale. Gli operatori hanno inoltre riportato che la solitudine esistenziale sia legata alla fine della vita e che sia un sentimento difficile da affrontare e di cui parlare [2].

I professionisti che operano nel settore delle cure palliative "pensavano che l'origine della solitudine esistenziale fosse primariamente legata alla morte e la descrivevano come un sentimento inevitabile

che si origina interiormente. Hanno sottolineato come la speranza e la consolazione nei momenti di incertezza alla fine della vita ricoprono un ruolo cruciale” [2]. Inoltre hanno riferito che la solitudine esistenziale a conclusione della propria vita non sia molto comune tra le persone anziane, che sembrano più serene rispetto alle persone di mezza età. Oltre a questo, hanno indicato come possibile causa di questo sentimento anche la mancanza di contatto fisico e un senso di abbandono [2].

Si è rilevato come gli operatori hanno incontrato qualche difficoltà nell’avvicinarsi ad anziani che provavano il sentimento di solitudine esistenziale, riferendo quattro principali barriere:

- Insicurezza quando si prova ad interpretare e comprendere i bisogni e desideri delle persone anziane;
- Riluttanza ad accogliere le richieste ed i bisogni che venivano percepiti come insoddisfacibili;
- Insicurezza su come superare le barriere poste dalla persona anziana;
- Paura e difficoltà nell’incontrare questioni esistenziali.

Durante la ricerca si è rilevato come alcuni operatori siano riusciti a superare gli ostacoli sopracitati, contrariamente ad altri che li hanno percepiti come insormontabili [1].

Gli operatori dell’assistenza domiciliare hanno riferito di parlare raramente della morte con le persone anziane affidate alle loro cure. Infatti, sebbene ritengano che affrontare tematiche significative possa alleviare la solitudine esistenziale, durante l’attività di cura tendono a dare priorità allo svolgimento dei propri compiti ed alla soddisfazione delle singole necessità. Tuttavia durante i focus group gli operatori sanitari hanno riferito come i momenti di condivisione in merito a queste tematiche non necessariamente durino a lungo e che a volte, anche durante lo svolgimento dell’attività professionale, è possibile dedicare del tempo a tali conversazioni [2].

Gli operatori delle strutture residenziali hanno riconosciuto l’importanza di affrontare la solitudine esistenziale relazionandosi alle persone anziane non unicamente come ospiti, ma offrendo ad esempio un incontro paritario da persona a persona. Gli operatori hanno descritto l’importanza di mostrare rispetto e costruire relazioni, per cui anche il tatto era considerato un fattore prezioso per creare relazioni. Tuttavia, i risultati hanno anche mostrato che alcuni operatori hanno cercato di spostare il focus della conversazione dalla solitudine esistenziale ad altro poiché si sentivano a disagio, mentre altri hanno riferito di voler approfondire il tema in quanto importante. Hanno infatti enfatizzato l’importanza di continuare a fare domande per capire, ma hanno anche affermato di provare a cambiare argomento dal momento in cui è emerso il tema della morte. Gli operatori spesso hanno cercato di creare momenti di aggregazione abbinando gli ospiti per far loro superare la solitudine, ma questo non è sempre stato apprezzato dalle persone anziane [2].

I professionisti che lavorano in strutture ospedaliere che si sono interfacciati con la solitudine esistenziale tra gli anziani, affermano che questa fosse legata al termine della vita della persona ed hanno evidenziato la difficoltà di esprimere verbalmente i sentimenti che si provavano. Davanti a tale situazione, quando ricevono domande da parte dei familiari sul tempo di vita restante tendono a rispondere con frasi standard e poco specifiche, incoraggiando la famiglia a star vicino al proprio caro poiché considerano importante per gli anziani avere qualcuno al proprio fianco prima di morire. Inoltre, gli operatori ospedalieri hanno dichiarato che i pazienti più anziani hanno espresso più volte il desiderio di morire, affermazione che veniva interpretata come segno di solitudine esistenziale. Altri operatori desiderano acquisire una maggior naturalezza nell’affrontare tematiche esistenziali, ammettendo la propria capacità limitata nel supportare le persone anziane [2].

I professionisti di cure palliative che lavorano nell’assistenza domiciliare hanno dichiarato l’intento di dar maggior importanza alla vita delle persone anziane, ai loro interessi e alle relazioni significative con gli altri. Per fare ciò utilizzavano strumenti differenti, quali ad esempio fotografie, quadri e libri. Gli

operatori che forniscono assistenza presso case di cura hanno invece affermato di avere dei momenti di condivisione coi pazienti su pensieri e sentimenti significativi o che generano senso di colpa, ritenendo che questo possa alleviare la solitudine esistenziale. Inoltre, avere un approccio empatico e curioso è stato considerato un mezzo molto utile per avviare conversazioni ed alleviare il sentimento di solitudine esistenziale. Gli operatori socio-sanitari si sono messi in gioco, con la propria presenza, per ascoltare e avere il coraggio di parlare di questioni esistenziali. Altri pensieri inerenti questioni esistenziali erano percepiti dagli anziani come qualcosa di molto privato, che li portava quindi ad evitare tali conversazioni. Altri strumenti quali il contatto fisico o semplicemente il restare in silenzio sono stati considerati utili per avviare conversazioni su temi esistenziali [2].

Gli operatori dell'assistenza domiciliare hanno avuto modo di verificare che conversazioni su questioni significative possono alleviare la solitudine esistenziale, esperienza rinforzata dalla testimonianza dei professionisti operanti in strutture residenziali che hanno enfatizzato l'importanza di continuare a porre domande per comprendere la situazione. Tuttavia, è stato evidenziato come il peggioramento dello stato di salute possa implicare la mancata disponibilità a parlare di questioni rilevanti e come l'avvicinarsi della morte porti la persona anziana a spostare il focus della conversazione. Inoltre, facilitare le relazioni di coppia tra i residenti per alleviare la solitudine delle persone anziane non è risultato essere un metodo di successo [2].

Interfacciarsi con la solitudine esistenziale ha fatto provare ai professionisti che hanno partecipato alla ricerca un senso d'insicurezza, inadeguatezza ed impotenza, ma in alcuni casi anche compassione. Il sentimento di inadeguatezza sembra nascere quando non si riesce ad entrare in contatto con le persone anziane o non si riescono ad interpretare i loro bisogni e desideri. Il senso di insicurezza è stato invece provato quando si percepiva un allontanamento da parte delle persone anziane, o paura di affrontare la solitudine esistenziale, che si rifletteva su di sé evocando preoccupazioni esistenziali. In generale l'interfacciarsi con la solitudine esistenziale delle persone anziane, è stata descritta come un'esperienza caratterizzata da sentimenti di frustrazione, stress e senso di vuoto proprio perché gli operatori assistenziali sentivano di non riuscire a soddisfare i bisogni delle persone anziane. Tuttavia, nei momenti in cui si riusciva a raggiungere una reciproca comprensione, l'incontro con l'anziano veniva considerato un momento molto significativo. Tali momenti di scambio suscitavano sentimenti positivi tra gli operatori, come ad esempio quando le persone anziane decidevano di fidarsi abbassando le barriere, facendo così sentire gli operatori felici e grati [1].

I sentimenti di insicurezza, inadeguatezza ed impotenza degli operatori assistenziali sono stati gestiti evitando di farsi coinvolgere in conversazioni su questioni esistenziali. Tale evitamento, ha implicato però un accrescimento del bisogno delle persone anziane di avere questo tipo di conversazione profonda, bisogno che non veniva soddisfatto [1].

I professionisti hanno riflettuto sull'importanza di dare priorità al dialogo e di trattare l'argomento della morte nel momento in cui se ne presenta la necessità, soprattutto se l'anziano è prossimo al decesso. Probabilmente avrebbero gestito la situazione diversamente se avessero avuto l'opportunità di ricevere un supporto pratico ed emotivo. Tale supporto avrebbe potuto incoraggiarli ad interfacciarsi con pensieri e sentimenti sulla solitudine esistenziale delle persone anziane e dare a questo tipo di conversazioni la stessa rilevanza che davano ad altre. Inoltre, gli avrebbe permesso di accrescere la propria consapevolezza su eventuali bisogni e desideri delle persone anziane, quali ad esempio voler stare soli, evidenziando l'importanza di chiedere direttamente alla persona cosa desidera o necessita.

Riepilogo

La ricerca condotta nei diversi Paesi partner ha messo in luce che non tutti i professionisti coinvolti conoscevano la solitudine esistenziale ed il suo significato. Coloro i quali erano già entrati in contatto con questo tipo di solitudine, la descrivono come una sensazione profonda e pervasiva che si può sperimentare a qualsiasi età. Hanno inoltre evidenziato come la si possa provare anche quando si hanno altre persone attorno che si mostrano desiderose di ascoltare e di dare supporto. La solitudine esistenziale può anche essere dovuta al sentir venir meno il senso della vita, generando uno stato depressivo, senso di invisibilità, paura di essere dimenticati o abbandonati. Gli operatori delle cure domiciliari ritengono che la solitudine esistenziale nelle persone anziane sia legata alla perdita della loro vita precedente, al non sentirsi più necessari, all'incapacità di vivere con indipendenza ed in modo significativo nelle proprie case ed alla percezione che i figli non abbiano tempo per far loro visita. Inoltre, i risultati hanno dimostrato che la solitudine esistenziale sembra sopraggiungere quando le persone anziane non hanno più qualcuno della propria generazione con cui condividere momenti importanti della vita, portandoli spesso a soffermarsi sul pensiero della morte.

Gli operatori socio-assistenziali hanno affermato di aver affrontato durante la loro esperienza lavorativa varie situazioni in cui le persone anziane vivevano la solitudine esistenziale, descrivendole come situazioni molto differenti tra loro. È stato evidenziato come questo sentimento fosse presente anche in situazioni in cui vi era la vicinanza di famiglia e amici. Hanno infatti identificato come possibili segni di solitudine esistenziale: sentirsi soli pur stando con altre persone, essere molto centrati sulle proprie debolezze e sul proprio deterioramento fisico, cercare fortemente di appianare questioni irrisolte, tendenza a scusarsi di frequente e mostrare sentimenti di imbarazzo e di vergogna. I professionisti hanno rilevato inoltre come talvolta questo sentimento possa essere scaturito da problemi economici, da cambiamenti importanti connessi al corso della vita (come ad esempio il pensionamento), dalla percezione di non aver fatto nulla di importante nella propria vita o da specificità riguardanti la struttura della famiglia di origine. È stato infine osservato che gli anziani che provano solitudine esistenziale tendono a ridurre la comunicazione, si sentono soli al mondo, possono perdere l'appetito e la gioia di vivere e molto spesso non esprimono il proprio malessere.

I professionisti intervistati hanno affermato di implementare diverse azioni e strategie per affrontare la solitudine esistenziale con risultati positivi. Tra queste strategie sono state citate: stare insieme alla persona che vive questo sentimento, parlare ed ascoltare ciò che viene espresso riguardo le proprie emozioni, rievocare bei ricordi, creare gruppi per persone anziane ed aumentare la comunicazione su questioni significative.

Ad ogni modo, avere a che fare con la solitudine esistenziale può provocare negli operatori socio-assistenziali un senso di insicurezza, inadeguatezza ed impotenza, ma in alcuni casi anche un senso di compassione. I professionisti percepivano quattro principali barriere nell'affrontare l'insicurezza dovuta alla solitudine esistenziale negli anziani: cercare di interpretare e comprendere i bisogni ed i desideri degli anziani, la riluttanza a soddisfare richieste e necessità da loro percepite come insoddisfacibili, l'insicurezza su come abbattere il muro posto dalle persone anziane e la paura e difficoltà nell'affrontare tematiche esistenziali. A causa di queste difficoltà accade talvolta che gli operatori non incoraggino gli anziani a riflettere sui propri sentimenti ed esperienze ma, a causa della mancanza di strumenti e conoscenze specifiche, tendano ad improvvisare per affrontare da soli i problemi.

5. PARTE 2: APPROFONDIMENTO DEI FABBISOGNI FORMATIVI PER SUPPORTARE I PROFESSIONISTI SANITARI E SOCIALI NELL’AFFRONTARE LA SOLITUDINE ESISTENZIALE TRA LE PERSONE ANZIANE

5.1 Fabbisogni formativi

Essere capaci di riconoscere la solitudine esistenziale tra le persone anziane è il primo passo per comprendere questo fenomeno. Proprio per questo è fondamentale supportare i professionisti che si interfacciano con la solitudine esistenziale, rispondendo ai loro bisogni formativi. Allo scopo di approfondire l’attuale situazione dei professionisti nei diversi Paesi partner, sono state indagate le esigenze educative e di sostegno degli operatori sociali e sanitari che si occupano di solitudine esistenziale tra gli anziani.

Durante i focus group e le interviste è stato affrontato il tema dei loro fabbisogni formativi. Da un lato, sono stati esplorati i bisogni di sostegno in relazione alla solitudine esistenziale, chiedendo loro se avessero mai ricevuto un supporto presso l’ente di lavoro, che tipo di sostegno hanno ricevuto o vorrebbero ricevere e quali sono le difficoltà nell’affrontare i pensieri esistenziali delle persone anziane. Dall’altro lato, sono state approfondite le abilità necessarie per affrontare la solitudine esistenziale, chiedendo ai partecipanti se avessero mai rilevato modi per affrontare una situazione di solitudine esistenziale e quali abilità fossero state messe in atto, nonché quali capacità si dovrebbero possedere. Queste informazioni hanno permesso ai partner del progetto di identificare buone pratiche e lacune presenti nei contesti di lavoro con gli anziani e di considerare quanto emerso come base per creare materiali formativi a supporto dei professionisti.

Sostegno necessario ai professionisti per affrontare la Solitudine esistenziale

ITALIA

Durante le interviste, 4 professionisti su 9 hanno dichiarato di ricevere supporto per affrontare la solitudine esistenziale, attraverso supervisioni ricorrenti con uno psicologo, intervistazioni, momenti di confronto con i colleghi e supporto da parte del responsabile di servizio. I professionisti che hanno dichiarato di non ricevere alcun tipo di supporto per affrontare la solitudine esistenziale riferiscono che vorrebbero avere la possibilità di condividere le proprie esperienze con colleghi e professionisti esterni, nonché di voler partecipare ad una formazione specifica sulla solitudine tra gli anziani e di avere una migliore collaborazione con altri servizi.

Una psicologa intervistata, che lavora in una casa di riposo per anziani, ha dichiarato che sarebbe vantaggioso saper riconoscere il valore degli aspetti psicologici e che potrebbe quindi essere utile la realizzazione costante di progetti rivolti ai professionisti, allo scopo di promuovere il benessere psicologico.

I possibili ostacoli evidenziati dai professionisti nell’interfacciarsi con i pensieri esistenziali degli anziani, possono riguardare:

- Risorse disponibili (quali tempo e spazi): è stato riferito come qualche volta non vi sia tempo sufficiente per entrare in empatia con i pazienti o ascoltarli, a causa della ridotta disponibilità di tempo oppure per l’assenza di uno spazio riservato in cui le persone possano parlare di questioni personali e intime.
- Preparazione professionale: si riferisce a non sentirsi in grado o non avere la preparazione adeguata per offrire il supporto necessario, per rilevare o riconoscere situazioni di solitudine

o bisogni dei pazienti, per creare relazioni profonde con persone anziane o per utilizzare il giusto approccio per parlare ed ascoltarli, senza esprimere giudizi.

- **Aspettative professionali:** talvolta il professionista può pensare di poter giungere ad una risoluzione dello stato emotivo del paziente attraverso il suo intervento, questo può essere considerato un ostacolo perché si corre il rischio che il professionista viva un'esperienza di inefficacia, frustrazione e fallimento. Un altro limite è stato collegato all'idea che basti rallegrare il paziente in quel momento, non considerando che forse può essere sufficiente trascorrere del tempo a parlare con lui.
- **Difficoltà dei pazienti:** in particolare nel caso di deterioramento cognitivo, può accadere che i pazienti non ricordino ciò che è stato detto o fatto il giorno prima, ad esempio non ricordano di aver incontrato i loro parenti e sentono quindi che nessuno si cura di loro. Un ulteriore limite riferito riguarda la resistenza da parte dei pazienti nel mostrare ciò che sentono, in quanto lo considerano un segno di debolezza.

I professionisti concordano sul fatto che è importante essere consapevoli di queste difficoltà che si possono incontrare, al fine di non sovraccaricarsi o non farsi carico di cose che non si riescono ad affrontare.

LITUANIA

I professionisti che hanno partecipato alla ricerca hanno riferito che la solitudine esistenziale è un tema molto recente e che gli operatori tendono a fare affidamento sulle proprie forze personali e sul supporto reciproco per affrontare le questioni esistenziali.

Tuttavia, è stato messo in evidenza come la solitudine tra le persone anziane sia un problema reale e come possa capitare che i professionisti che operano in contesti residenziali cerchino di far fronte ai problemi di solitudine degli utenti offrendo supporto anche durante il proprio tempo libero e durante i giorni festivi, decidendo di lasciare i propri cari per fornire aiuto agli utenti.

Gli assistenti sociali ammettono di provare una stanchezza emotiva data dal fatto di non riuscire a prendere le distanze dal lavoro e dagli utenti attorno a cui ruotano i loro pensieri. Raccontano come ad esempio sia difficile gestire il decesso dei residenti della casa di cura, perché talvolta i funerali si svolgono nei fine settimana e si trovano quindi costretti a dover rinunciare al proprio tempo libero per poter partecipare ai riti funebri dei residenti della struttura.

Gli assistenti sociali evidenziano sostanzialmente di non aver modo di approfondire i problemi esistenziali degli utenti a causa delle specificità del loro ruolo che non gli consente di avere lunghi colloqui con le persone, poiché si devono focalizzare principalmente su aspetti burocratici.

Riassumendo le dichiarazioni dei partecipanti, possiamo notare che i professionisti hanno sicuramente bisogno di supporto, che probabilmente potrebbe essere fornito attraverso attività di supervisione e formazione.

POLONIA

Gli infermieri coinvolti nei focus group hanno dichiarato che non sono disponibili corsi di formazione specifici dedicati al tema della solitudine esistenziale. Evidenziano che non viene fornito alcun supporto emotivo agli infermieri e, di conseguenza, non si sentano psicologicamente preparati ad affrontare la solitudine esistenziale degli utenti. Gli infermieri riferiscono inoltre che durante la loro giornata lavorativa sono molto occupati e devono gestire numerose attività, che non gli permettono di avere il tempo sufficiente da dedicare al dialogo coi pazienti. Per di più, alcuni infermieri hanno dichiarato di non voler continuare a lavorare con le persone anziane.

Gli assistenti sociali che hanno partecipato alla ricerca riferiscono che l'equipe di lavoro che opera con gli anziani incontra delle difficoltà di comunicazione con gli utenti. Tali ostacoli sono generalmente

connessi ad alcune problematiche degli anziani stessi, quali la mancanza di fiducia, l'isolamento, l'incomprensione della situazione e la poca disponibilità a parlare.

ROMANIA

Gli infermieri che hanno preso parte alla ricerca hanno affermato di non aver ricevuto alcuna formazione specifica per affrontare la solitudine esistenziale e quanto noto è stato appreso attraverso l'esperienza personale o di altri colleghi.

Il personale sanitario si sente emotivamente sovraccaricato dal lavoro con gli anziani. All'inizio del confronto, un'infermiera ha esposto quali sono le condizioni sanitarie che gli anziani devono affrontare, mentre in seguito il focus è stato incentrato maggiormente sugli aspetti emotivi della loro attività professionale. È stato fornito come esempio il momento in cui ci si trova davanti al bisogno degli anziani di essere ascoltati e di ricevere consulenza in merito ai propri problemi, che riguardano principalmente il senso di abbandono da parte della famiglia, il bisogno di parlare con qualcuno e di sentirsi importanti per gli altri.

A volte gli infermieri si sforzano di aiutare i loro pazienti anziani che si isolano, si rifiutano di parlare dei loro pensieri e dei loro problemi affermando di non poter essere compresi e ponendo perciò delle barriere a qualsiasi tipo di comunicazione. Quando gli infermieri non riescono a motivare gli anziani, nonostante si sforzino di fare del proprio meglio, si sentono frustrati ed hanno la sensazione di non aver fatto abbastanza o che forse qualcun altro saprebbe fare di meglio. Gli infermieri affermano che le persone introversive rimangono le stesse nella vecchiaia e non accettano di buon grado le visite da parte del personale medico o le cure mediche.

Allo stesso tempo gli infermieri che lavorano nel reparto di cure palliative o di geriatria dell'ospedale sono gravati dalle esperienze che vivono in ospedale. Si affezionano ai loro pazienti anziani ed al momento della loro morte soffrono, trovandosi quindi nella condizione di dover imparare a gestire questa situazione da soli.

Gli infermieri tendono a parlare con i pazienti anziani per un tempo limitato, a causa dell'elevato numero di pazienti rispetto al numero del personale. Pertanto, gli infermieri devono anche limitare educatamente conversazioni troppo lunghe ed evitare che gli anziani si arrabbino per non aver ricevuto l'attenzione desiderata.

Alcuni infermieri hanno imparato dagli psicologi, nelle strutture in cui lavorano, come confrontarsi ed offrire consulenza agli anziani, nonostante mettano in evidenza come nei reparti geriatrici generalmente non sia prevista la figura dello psicologo. Gli infermieri sentono una stanchezza cronica dal lavoro, a causa dell'orario dei turni, delle discussioni o delle difficoltà che devono affrontare nel relazionarsi con le persone anziane.

Gli infermieri hanno riferito che sono necessari libri di testo e corsi di formazione professionale continua, in modo da poter acquisire competenze che li aiutino a comprendere e comunicare meglio con gli anziani. Hanno infatti evidenziato come, per lavorare con anziani che vivono situazioni di solitudine esistenziale, sia necessaria una buona preparazione teorica sia durante la formazione accademica che quando si esercita, affinché sia possibile avere una maggiore competenza al momento del lavoro pratico.

SVEZIA

Dalla ricerca è emerso che il supporto ricevuto dagli operatori sanitari differisce a seconda del contesto assistenziale in cui lavoravano. Gli operatori sanitari che lavorano in ambito domiciliare, residenziale e ospedaliero hanno dichiarato di non aver ricevuto alcuna supervisione periodica o organizzata, mentre

agli operatori sanitari che lavorano in ambito palliativo dell'area assistenziale è stata offerta una supervisione clinica regolare e sono stati organizzati incontri di riflessione [2].

Gli operatori sanitari hanno riscontrato una mancanza di tempo e risorse da poter offrire come supporto gli anziani in cura. In particolare, si è rilevato il bisogno di supporto su come relazionarsi con le persone anziane che esprimono pensieri legati alla morte o il desiderio di morire, così come su quanto fosse opportuno discutere su questioni esistenziali [1].

Si è evidenziata la problematicità per gli operatori sanitari di interpretare i bisogni ed i desideri delle persone anziane, di aiutarli ad accettare le menomazioni fisiche ed entrarvi in connessione. Non di meno, è stato difficile per loro avere la forza di resistere e mandare avanti la conversazione, superando la propria insicurezza e trovando un modo per entrare in contatto con alcune delle persone anziane senza intaccarne la sfera privata e l'integrità personale. Si è rivelato abbastanza complesso superare la paura nell'incontrare problemi esistenziali delle persone anziane, ad esempio parlando di argomenti quali la vita, la morte, il significato, il senso di colpa e i rimpianti, condividendo ciò che era importante per la persona anziana [1].

Abilità necessarie per affrontare la solitudine esistenziale

ITALIA

In Italia 4 professionisti su 9 hanno osservato diversi modi di affrontare la solitudine esistenziale. Le competenze messe in campo sono state differenti: ascolto attivo, comprensione, empatia, capacità di coinvolgere le persone anziane, di farle sentire a proprio agio e libere di esprimere i propri sentimenti e la capacità di utilizzare approcci diversi in base alle caratteristiche della persona ed ai bisogni personali.

I professionisti coinvolti hanno evidenziato molteplici abilità e caratteristiche necessarie per affrontare la solitudine esistenziale:

- Gestire i propri sentimenti (in particolare solitudine e depressione) e non aver paura di avvicinarsi a emozioni difficili;
- Saper riconoscere la solitudine esistenziale e dare sostegno;
- Sensibilità;
- Umiltà;
- Empatia e comprensione;
- Umanità;
- Rispetto;
- Autorità;
- Atteggiamento non giudicante;
- Curiosità (voler conoscere veramente altre persone e avere un vero interesse verso gli altri);
- Capacità di ascolto (e dedicarvi il giusto tempo);
- Essere in grado di stimolare la conversazione (parlando del passato, del presente e del futuro);
- Buona conoscenza di sé;
- Preparazione tecnica sull'argomento (capacità psicologiche ma anche possedere il lessico appropriato sulla solitudine che aiuta ad entrare nel mondo della solitudine e a far sentire meglio la persona);
- Prestare attenzione alla propria comunicazione non verbale (ad esempio avvicinarsi con un sorriso gentile, gesti, prossemica) ed all'apparenza (avere uno sguardo accogliente);
- Essere disposto a fare un passo indietro quando ci si rende conto di non essere in grado di soddisfare un bisogno specifico (ad esempio una persona può sentirsi più a suo agio condividendo le proprie emozioni con un collega con cui si sente più in sintonia).

I professionisti concordano sulla necessità di partecipare a corsi di formazione su questo argomento, che diano loro informazioni sulla solitudine esistenziale, su come affrontarla, aiutandoli a capire cosa provano le persone, attraverso esempi reali, così come risulta fondamentale offrire loro l'opportunità di discutere e confrontarsi con altri professionisti.

LITUANIA

In Lituania i focus group hanno rivelato che i residenti delle strutture assistenziali desiderano ardentemente adempiere a pratiche di culto religioso, come recitare il rosario o cantare la litania. Gli assistenti sociali sembrano non essere in grado di soddisfare questi bisogni spirituali. Tendono infatti a rispondere a queste esigenze facendo uso di tecniche convenzionali di risoluzione dei problemi, indipendentemente dalla natura dei problemi o coinvolgendoli in attività generali, che sembrano invece esacerbare il problema della solitudine di queste persone.

Riassumendo i dati, nella formazione degli assistenti sociali è necessario migliorare diverse aree: il concetto olistico di essere umano, l'approccio medico che deve essere modificato, la comprensione teorica dei punti di forza, le capacità di comunicazione non verbale per interagire con le persone con demenza. I focus group hanno rivelato una mancanza di cure palliative dignitose e centrate sulla persona, la mancanza di supervisione, una visione chiara della situazione ed infine la mancanza di fiducia in se stessi. Inoltre, gli assistenti sociali intervistati hanno affermato di non sapere come affrontare la sindrome del burnout e come imparare a prendere le distanze dai problemi degli utenti.

POLONIA

In Polonia gli infermieri coinvolti nei focus group hanno ribadito che vorrebbero partecipare a workshop e corsi di formazione dedicati alla solitudine esistenziale per poter affrontare particolari situazioni. Hanno infatti riconosciuto che questo tipo di workshop potrebbe essere una buona opportunità per ampliare il sistema educativo infermieristico, così come il fatto che la supervisione potrebbe essere importante, soprattutto poiché attualmente non vi è alcun supporto nell'affrontare le emozioni e lo stress vissuto sul lavoro. Sugeriscono inoltre di includere nella formazione un modulo che abbia un'impronta psicologica e che sia dedicato alla solitudine esistenziale tra gli anziani.

Tutti gli assistenti sociali intervistati hanno concordato sul fatto che nel loro lavoro con gli anziani vengono richieste competenze trasversali diverse. Altre abilità necessarie per affrontare la solitudine esistenziale sono: conoscenza dell'argomento, empatia, comprensione, coerenza, affidabilità, coinvolgimento ed incoraggiamento.

ROMANIA

Gli infermieri coinvolti in Romania hanno fornito esempi positivi, storie di vita e soluzioni efficaci per affrontare la solitudine esistenziale. Per quanto riguarda le capacità e le conoscenze necessarie per affrontare la solitudine esistenziale gli infermieri intervistati hanno indicato:

- una profonda comprensione dei meccanismi psicologici degli anziani;
- capacità di consulenza psicologica e religiosa;
- conoscenze e abilità per affrontare la depressione e la paura della morte;
- empatia (non facendosi coinvolgere emotivamente);
- saper consolare i pazienti che vivono un dolore intenso e pazienti prossimi alla morte (come individuato dagli infermieri che lavorano nell'ambito delle cure palliative);
- conoscenze e capacità per preservare e rafforzare un atteggiamento positivo nei confronti delle persone anziane.

Gli infermieri coinvolti hanno evidenziato il fatto che il burnout è un serio problema professionale che si può presentare nel lavorare con le persone anziane e che deve perciò essere preso in considerazione.

Inoltre, per interfacciarsi con la solitudine esistenziale tra gli anziani è stato riferito essere utile avere una preparazione specifica in terapia individuale e di gruppo così come in terapia occupazionale.

SVEZIA

In Svezia i professionisti coinvolti nei focus group hanno riferito essere importante avere abilità come empatia, comprensione, coraggio, curiosità e mentalità aperta per superare vari ostacoli nell'interfacciarsi con persone anziane che vivono la solitudine esistenziale. Si è rivelato significativo essere in grado di ascoltare, riflettere ed essere in grado di immedesimarsi, guardando dalla prospettiva della persona anziana. È rilevante conoscere la storia di vita passata e presente della persona per essere in grado di comprendere la situazione della persona anziana. I risultati hanno inoltre mostrato come sia importante per gli operatori sanitari avere la consapevolezza dei propri bisogni. La mancanza di conoscenza del processo di invecchiamento potrebbe rappresentare un ostacolo all'interfacciarsi con la solitudine esistenziale [1].

Le competenze messe in atto dagli operatori sanitari erano abbastanza eterogenee e la maggior parte di loro sembrava essere consapevole dell'esperienza di solitudine esistenziale degli anziani. Incontrare ed affrontare la solitudine esistenziale delle persone anziane è stato significativo ma anche stimolante per loro, che si sono impegnati per superare gli ostacoli al fine di avvicinarsi ai pensieri esistenziali [1].

Per quanto riguarda le competenze necessarie per affrontare la solitudine esistenziale, gli operatori sanitari intervistati hanno individuato diversi aspetti:

- conoscenza dell'invecchiamento del corpo, della vita e della morte;
- forza di volontà nell'impegnarsi in conversazioni esistenziali per soddisfare i bisogni delle persone anziane;
- essere in grado di creare rapporti di fiducia con la persona anziana;
- essere empatico, comprensivo, coraggioso, curioso e di mentalità aperta per superare le barriere nell'incontro;
- essere in grado di comprendere la situazione individuale della persona anziana [1].

Riepilogo

I focus group e le interviste condotte nei diversi Paesi hanno messo in evidenza che i professionisti coinvolti nella ricerca non hanno ricevuto alcuna formazione specifica su come affrontare la solitudine esistenziale; talvolta hanno imparato dalla propria esperienza personale, altre volte dalle esperienze dei colleghi. Non avere strumenti per affrontare la solitudine delle persone anziane è per loro fonte di insoddisfazione e di stress con importanti ripercussioni sulla vita personale e sulla sfera emotiva. Le principali sfide e difficoltà riportate nell'affrontare la solitudine esistenziale riguardano: scarsa disponibilità di risorse, mancanza di tempo e spazi adeguati, inadeguata formazione professionale sulla tematica ed elevate aspettative professionali. A queste si aggiungono alcune difficoltà dei pazienti anziani quali problemi di memoria, o difficoltà ad aprirsi e raccontarsi che possono rendere difficile affrontare questioni esistenziali. Inoltre potrebbe essere difficile per i professionisti superare la paura di affrontare tematiche esistenziali con le persone anziane, ad esempio parlare del senso della vita, della morte, del senso di colpa, dei rimpianti e condividere ciò che è importante per quella persona.

I professionisti intervistati concordano sul fatto che è importante essere in grado di riconoscere ciò che si sta affrontando ed essere consapevoli dei propri limiti, nonché ricevere gli strumenti e i supporti necessari per poter lavorare in modo efficiente con gli anziani. I partecipanti suggeriscono che potrebbe essere utile supportare i lavoratori attraverso attività formative, periodiche supervisioni con uno psicologo, intervizioni, momenti di confronto con i colleghi e con i responsabili del servizio.

La ricerca condotta nei diversi Paesi partner ha messo in evidenza che diverse competenze risultano necessarie per affrontare la solitudine esistenziale tra gli anziani. Oltre ad una conoscenza approfondita sulla tematica (che fornisca ai professionisti gli strumenti per riconoscere la solitudine esistenziale) e sulla psicologia dell'invecchiamento, risulta necessario sviluppare, o accrescere, diverse competenze interpersonali quali: l'empatia, la capacità di ascolto, la capacità di creare un rapporto di fiducia e di coinvolgere gli anziani, capacità di comunicazione verbale e non verbale, capacità di gestione delle emozioni, capacità di fornire supporto psicologico e spirituale. Altre competenze e caratteristiche che i professionisti ritengono importanti sono: il coraggio, la curiosità, avere una mentalità aperta che aiuta a superare i possibili ostacoli, la sensibilità, il rispetto, avere un atteggiamento non giudicante ed una buona conoscenza di sé.

I professionisti sanitari coinvolti hanno riconosciuto l'importanza di queste competenze, hanno riferito di essere consapevoli del fatto di non aver acquisito alcune di queste abilità, che alcune abilità devono essere migliorate e che non sempre sono in grado di rispondere ai bisogni degli anziani. Per queste ragioni hanno convenuto sulla necessità di frequentare corsi di formazione su questa tematica al fine di acquisire maggiori informazioni sulla solitudine esistenziale, imparare come affrontarla e poter soddisfare i bisogni degli anziani.

Infine hanno riconosciuto l'importanza di partecipare a supervisioni con uno psicologo, di essere supportati nell'affrontare queste situazioni e le emozioni che possono emergere, per riuscire a prevenire la sindrome da burnout.

6. CONCLUSIONI

ITALIA

Tutti i professionisti intervistati hanno riferito di aver incontrato, durante lo svolgimento della propria attività professionale, situazioni di solitudine. La maggior parte aveva già sentito parlare di solitudine esistenziale che descrivono come una sensazione profonda e pervasiva che si può esperire anche quando si è circondati da altre persone. Tutti i professionisti hanno riconosciuto la solitudine esistenziale nelle persone anziane che hanno incontrato sebbene le loro esperienze differiscano notevolmente: in alcuni casi questo senso profondo di solitudine era correlato alla percezione di non aver fatto niente di importante durante la propria vita, in altri casi era correlato alla perdita di persone care, in altri ancora appariva in concomitanza con cambiamenti di vita. Spesso i professionisti riconoscono che si tratta di solitudine esistenziale quando l'aiuto ed il supporto che viene offerto alla persona sembra non essere mai sufficiente.

Le azioni implementate dai professionisti intervistati per affrontare queste emozioni sono diverse e riguardano da un lato azioni rivolte alla persona che sta vivendo quell'emozione (parlarle, starle vicino, ascoltarla) e dall'altro azioni sul contesto di vita (attivazione di servizi, professionisti, rete familiare...). Entrare in contatto con la solitudine esistenziale nelle persone anziane ha fatto provare ai professionisti un'ampia gamma di sentimenti: profonda tristezza, rimpianto, dolore, impotenza, senso di perdita e desolazione. Un aspetto che sembra giocare un ruolo importante è non aver paura di affrontare queste emozioni ma accompagnare la persona attraverso il proprio dolore, ciò è possibile solo se si è affrontato il proprio vuoto esistenziale invece di evitarlo.

Metà dei professionisti intervistati riferisce di essere supportato nell'affrontare la solitudine esistenziale attraverso periodiche supervisioni con uno psicologo, intervistazioni o momenti di scambio con i colleghi.

Possibili ostacoli nell'affrontare i pensieri esistenziali delle persone anziane possono riguardare una carenza delle risorse disponibili (ad esempio tempi e spazi dedicati all'ascolto), preparazione professionale non adeguata ed aspettative professionali elevate. Affrontare la solitudine esistenziale sembra richiedere diverse abilità personali (es. empatia, atteggiamento non giudicante, rispetto, sensibilità, capacità di ascolto...) oltre che una preparazione tecnica sull'argomento. I professionisti concordano sul fatto che per acquisire tutte queste abilità sarebbe necessaria una formazione specifica sull'argomento che fornisca informazioni sulla solitudine esistenziale, su come affrontarla, aiutandoli a comprendere cosa provano le persone anziane, attraverso esempi e momenti di confronto e scambio di idee con altri professionisti.

LITUANIA

I professionisti coinvolti che lavorano in strutture per anziani riferiscono di non aver mai sentito parlare di solitudine esistenziale. Tuttavia la solitudine esistenziale è presente nella vita degli ospiti delle case di cura ed i professionisti ne vedono l'espressione durante le attività quotidiane con gli anziani, nei momenti di comunicazione, nell'espressione delle emozioni.

In generale, gli assistenti sociali tendono a rispondere alla solitudine negando questo fenomeno o considerandolo come un problema temporaneo causato da stimoli esterni. Tuttavia, a volte, si mostrano in grado di riconoscere questo disagio e rispondono empaticamente ai bisogni espressi dalle persone anziane, cercando di comprenderne le possibili cause.

I professionisti coinvolti hanno messo in evidenza che molti anziani che vivono in struttura tendono a sentirsi maggiormente soli durante le festività quando altri ospiti della struttura ricevono le visite dei parenti.

Il riconoscimento della solitudine esistenziale sembra essere ostacolato da pregiudizi circa i bisogni degli anziani. I bisogni primari e medici vengono maggiormente riconosciuti, mentre l'esistenza di bisogni superiori come, ad esempio i bisogni spirituali, è spesso ignorata.

Gli assistenti sociali intervistati riferiscono difficoltà nell'identificare la solitudine esistenziale e le sue componenti. Si evidenzia una scarsa percezione della solitudine esistenziale e del suo impatto sull'attività professionale. Ciò può condurre a conseguenze negative quali la protezione ed il mantenimento di stereotipi, la negazione dei problemi e l'instaurarsi della sindrome da burnout. Per tali ragioni risulta necessaria una formazione specifica sulla psicologia dell'anziano e dell'invecchiamento, sulla comunicazione non verbale e sulla demenza, oltre a periodiche supervisioni.

POLONIA

I partecipanti concordano circa il fatto che in Polonia la solitudine delle persone anziane è un enorme problema e che i servizi sociali non siano sufficientemente preparati per affrontarlo.

La maggior parte dei partecipanti non aveva mai sentito parlare di solitudine esistenziale. Gli infermieri intervistati non riconoscono questo termine mentre alcuni terapisti occupazionali definiscono la solitudine esistenziale come una perdita del senso della vita.

I partecipanti hanno riferito di aver incontrato diverse situazioni di solitudine esistenziale durante la propria attività professionale, spesso si trattava di situazioni di isolamento all'interno della famiglia.

I professionisti coinvolti hanno sottolineato che nella nostra società gli anziani tendono ad essere percepiti negativamente dal contesto che li circonda, il tema della vecchiaia e della morte sembra venir ignorato. Inoltre spesso gli anziani hanno poche relazioni e non vengono coinvolti nella vita familiare. Per questo motivo risulta importante, nello svolgimento della propria attività professionale, curare l'aspetto relazionale.

Entrambi i gruppi intervistati (infermieri ed assistenti sociali) concordano sulla mancanza di corsi di formazione dedicati al tema della solitudine esistenziale. Gli infermieri non sono psicologicamente preparati per affrontare queste situazioni e, oltre a questo, durante la loro attività professionale hanno molto lavoro da svolgere e poco tempo da dedicare alla conversazione con i pazienti.

Tutti i partecipanti riferiscono il desiderio di frequentare un corso di formazione sul tema della solitudine esistenziale. Vorrebbero seminari/corsi di formazione che li possano aiutare a sviluppare competenze trasversali, utili nell'affrontare situazioni di solitudine esistenziale, quali l'empatia, la comprensione e la capacità di supportare e trasmettere fiducia e sicurezza.

ROMANIA

I professionisti coinvolti nel focus group non avevano mai sentito parlare di solitudine esistenziale, tuttavia si sono mostrati molto interessati alla tematica.

Le situazioni più frequenti di solitudine esistenziale nelle persone anziane, identificate dalle infermiere coinvolte, riguardano la perdita del/la proprio/a compagno/a di vita, la mancanza di una famiglia o l'allontanamento da essa, figli e parenti che vivono lontani o l'essere immobilizzati a letto. I professionisti riconoscono nelle persone anziane che vivono in una casa di cura situazioni di solitudine.

Gli infermieri intervistati hanno sottolineato che molte persone anziane incontrate nella loro attività professionale pur trovandosi in una situazione di solitudine fisica non sperimentano la solitudine esistenziale. Si tratta di persone che sono ancora attive, che trascorrono il loro tempo in attività diverse, hanno una rete di conoscenti con cui condividere ed interagire, trovano sollievo nella religione e sono in grado di godersi la loro nuova fase di vita.

Durante i focus groups i professionisti coinvolti hanno riportato storie di vita ed esempi positivi nell'affrontare la solitudine esistenziale.

Gli infermieri hanno affermato che le competenze e conoscenze necessarie per affrontare la solitudine esistenziale sono: comprensione profonda dei meccanismi psicologici delle persone anziane, capacità di fornire supporto psicologico e spirituale, conoscenze e competenze nell'affrontare la depressione e la paura della morte, empatia, avere un atteggiamento positivo ed implementare azioni di prevenzione del burnout. Hanno inoltre messo in evidenza che avere una specializzazione in terapia individuale e di gruppo ed in terapia occupazionale rivolta agli anziani, oltre ad approfondire gli studi sul tema della solitudine esistenziale, potrebbe essere molto utile per i professionisti che lavorano con pazienti anziani.

SVEZIA

Gli operatori sanitari coinvolti nei focus group hanno riferito di aver incontrato, nella loro attività professionale, persone anziane che sperimentavano la solitudine esistenziale. Incontrare tali situazioni di solitudine esistenziale ha avuto un impatto sulle loro emozioni. È stato difficile per loro superare le barriere che ostacolavano le conversazioni esistenziali con le persone anziane. Tuttavia, anche se si è configurato come una sfida, hanno trovato significativo incontrare persone anziane che hanno sperimentato la solitudine esistenziale.

Gli operatori sanitari che lavorano nell'assistenza domiciliare, residenziale ed ospedaliera hanno riferito una mancanza di supervisione periodica e organizzata incentrata sulle proprie emozioni e modi di lavorare; hanno anche affermato che è importante che il supporto che ricevono si adatti alle loro esigenze ed al contesto di cura in cui stanno lavorando.

CONCLUSIONI FINALI

Le ricerche empiriche condotte dai partner hanno rivelato una generale mancanza di conoscenze specifiche sulla solitudine esistenziale da parte di professionisti coinvolti in quasi tutti i Paesi partner. Tuttavia, dopo aver definito questo fenomeno, è stato possibile notare che i partecipanti, durante la loro attività professionale, si sono spesso imbattuti in persone anziane che hanno vissuto la solitudine esistenziale. L'osservazione di questo tipo di solitudine tra le persone anziane è eterogenea a seconda del Paese di provenienza dei professionisti, nonché dal contesto in cui vivono e lavorano. Le piccole comunità sembrano attenuare il senso di solitudine esistenziale, sono luoghi in cui i professionisti possono incontrare meno situazioni di solitudine, probabilmente a causa del fatto che i rapporti sociali con gli altri abitanti del paese o del quartiere sono più frequenti. Al contrario, vivere in zone isolate potrebbe aumentare il senso di solitudine perché ci sono meno opportunità di incontrare persone e condividere momenti di socializzazione. A queste problematiche si aggiunge inoltre la possibile difficoltà di creare nuovi legami nell'età più anziana, a causa della mancanza di stimolo o di volontà di cercare nuovi amici.

Allo stesso tempo, è stato sottolineato che la presenza di qualcuno non è necessariamente un modo per prevenire o eliminare il senso di solitudine esistenziale, che può addirittura peggiorare quando si è circondati da persone con cui non si avverte di avere affinità e qualcosa in comune o che non siano in grado di comprendere i propri pensieri e sentimenti più profondi. Più volte durante le varie ricerche condotte nei Paesi partner, i partecipanti hanno evidenziato come la solitudine esistenziale sia molto frequente anche negli istituti di cura per anziani, nonostante l'occasione di socializzazione e condivisione. Secondo quanto riportato da alcuni professionisti, la solitudine esistenziale è qualcosa che va molto in profondità, portando con sé un senso di vuoto incolmabile, perché riconducibile a un senso di perdita irrecuperabile di qualcosa o qualcuno sentito come molto importante, quale ad esempio il partner, una persona cara, l'identità personale e il benessere fisico o mentale. Questo senso di vuoto è però dovuto a qualcosa che va oltre la mancanza oggettiva, ma può invece essere collegato a come l'anziano reagisce a determinati eventi. Di conseguenza, la solitudine esistenziale non sembra essere correlata esclusivamente a eventi tragici della vita, ma anche al modo in cui le persone li affrontano, così come alla capacità di ricostruirsi e mantenere relazioni.

Da un punto di vista psicologico, la solitudine esistenziale può essere ricondotta anche ad elementi riguardanti la struttura della familiare d'origine, l'educazione ricevuta, l'affetto e l'attenzione ricevuta nell'infanzia. A volte la solitudine esistenziale non è una percezione recente ma può avere le sue radici in un'assenza familiare, che ha accompagnato la crescita della persona facendogli percepire la sensazione di solitudine come destino e condizione di vita. Il profondo senso di solitudine ordinaria può quindi portare la persona anziana a isolarsi e ad astenersi dal coltivare relazioni o rifiutare la comunicazione con gli altri.

Tuttavia, alcuni professionisti coinvolti riferiscono che durante la loro esperienza professionale hanno notato come le persone anziane condividono la loro sensazione di solitudine quando percepiscono che la persona con cui stanno parlando non ha paura ed è disposta ad affrontare queste emozioni. È quindi evidente che tra le varie competenze che un professionista che lavora con persone anziane deve possedere vi è la capacità di offrire ascolto e attitudine empatica e non giudicante.

I professionisti dovrebbero essere in grado di osservare e rilevare tutti i segnali della possibile necessità di esprimere le proprie emozioni, anche se la persona si rifiuta di parlare e chiede di essere lasciata sola. Quando si parla di solitudine esistenziale, è importante sottolineare che a volte la persona stessa è inconsapevole di provare questo senso di solitudine e prova un malessere e un senso di

insoddisfazione probabilmente dovuti a vari fattori, tra cui il distacco dalle proprie emozioni e dai propri bisogni. In questo senso, l'operatore deve essere in grado di affrontare questioni significative, gestendo gli ostacoli e le difficoltà che incontra nell'affrontare la solitudine esistenziale degli anziani e aumentando la consapevolezza dei propri limiti nell'esprimere e affrontare la solitudine esistenziale. È stato segnalato come significativo prendere in considerazione le proprie strategie di coping e la prevenzione della sindrome del burnout, che può essere un serio problema per i professionisti che lavorano con persone anziane. Si riporta, infatti, come a volte affrontare questioni esistenziali possa far sentire i professionisti insicuri, inadeguati e impotenti, portandoli a non incoraggiare le persone anziane a riflettere sui propri sentimenti ed esperienze e ad evitare conversazioni su temi delicati.

È quindi importante offrire agli operatori sanitari e sociali gli strumenti e le conoscenze per sviluppare queste abilità in modo che sia possibile osservare ed interpretare i bisogni e i desideri delle persone anziane. È fondamentale elaborare strategie individuali per gestire le diverse situazioni in modo più efficace e professionale, senza invadere la sfera privata ed intaccare l'integrità delle persone anziane, evitando di attuare strategie improvvisate per superare da soli il problema.

Sarebbe infatti molto rilevante offrire ai professionisti la possibilità di condividere esperienze con colleghi e professionisti esterni, di partecipare a una formazione specifica sulla solitudine esistenziale tra le persone anziane e di avere una migliore collaborazione con altri servizi, nonché di avere momenti di supporto per affrontare il tema della solitudine esistenziale, attraverso supervisioni regolari con uno psicologo, intervistazioni, momenti di scambio con i colleghi e supporto da parte del responsabile del servizio.

Secondo i risultati delle ricerche svolte, una proposta formativa su questo tema può soddisfare il bisogno degli operatori sanitari e sociali di avere informazioni sulla solitudine esistenziale, su come affrontarla soprattutto sotto l'aspetto psicologico, comunicativo e relazionale, per aiutarli a capire cosa sentono le persone anziane e come sostenerle. I partecipanti riferiscono che potrebbe essere interessante ed utile una formazione incentrata sull'invecchiamento del corpo, sulla vita e sulla morte, nonché su abilità quali empatia, comprensione, disponibilità, apertura mentale, ascolto attivo e gestione delle emozioni, presentando esperienze reali ed esempi pratici. È stata sottolineata l'importanza di una formazione interattiva, che favorisca occasioni di confronto e scambio di idee con altri professionisti.

Infine, la recente emergenza sanitaria Covid-19, che ha colpito il mondo intero nel 2020, ha visto la necessità di introdurre un protocollo per il contenimento dei contatti umani ed il distanziamento sociale, attuato attraverso l'invito, o l'obbligo in alcuni Paesi, a restare presso il proprio domicilio per un certo periodo, nonché la sospensione delle visite di parenti o amici ad anziani residenti in struttura. In una situazione straordinaria, come questo caso di isolamento forzato, si è resa ancora più evidente l'importanza di riconoscere ed affrontare la solitudine esistenziale tra le persone anziane, da parte degli operatori sanitari e sociali.

I risultati appena presentati e le informazioni contenute in questo report saranno la base per le fasi successive del progetto ALONE, che prevedono la creazione dei contenuti di apprendimento e dei materiali di formazione rivolti a professionisti del settore sanitario e sociale. Attraverso una specifica conoscenza del fenomeno della solitudine esistenziale tra gli anziani sarà possibile agire con maggiore consapevolezza nel settore della terza età ed offrire un'assistenza di maggior qualità.

